

POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE

La presente polizza è stipulata tra

FONDO SANITARIO

ASSOCIATO

e

SOCIETA'

SEZIONE I – NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO

1. DEFINIZIONI

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione, e più precisamente:

- il Personale dipendente di

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma.

Associato

Contraente

Il Fondo Sanitario _____ - individuato dalla Compagnia Assicuratrice e necessariamente 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.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Dipendente

Il soggetto che svolge attività lavorativa alle dipendenze di _____

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Interventi chirurgici

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale

L'intervento di chirurgia effettuato senza degenza, anche comportante suture diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, ago aspirato, infiltrazioni articolari.

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza è considerata a tutti gli effetti Malattia.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

La disponibilità unica ovvero la spesa massima liquidabile per ciascun assicurato o per l'intero nucleo, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo.

Nucleo familiare

Si intende lo stato di famiglia composto dal Dipendente, il coniuge o il convivente more uxorio e i figli, sono altresì compresi i figli non conviventi ma fiscalmente a carico.

Ospedalizzazione domiciliare

L'**ospedalizzazione domiciliare** è un tipo di **assistenza a domicilio** che consente di garantire la **continuità assistenziale al paziente** di tutte le prestazioni che normalmente vengono erogate in **ospedale**, e assicura la realizzazione, attraverso la presa in carico del paziente, del programma terapeutico prescritto dal centro ospedaliero di riferimento.

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Protesi

Dispositivo con carattere anatomico-funzionale usato per sostituire parzialmente o totalmente una parte del corpo umano non più in grado di operare correttamente.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Ricovero

La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società

Compagnia di Assicurazioni.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Visita specialistica

La visita effettuata da medico fornito di specializzazione.

2. SOGGETTI ASSICURATI

L'Assicurazione è operante per il Personale Dipendente di _____ ed è estesa ai componenti del nucleo familiare così come indicato nelle definizioni.

3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è operante per le spese sostenute dall'Assicurato in caso di malattia o di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto, per le prestazioni sanitarie previste qui di seguito.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato potrà rivolgersi, con le modalità riportate nella Sezione III "Norme che disciplinano il sinistro", a:

1 Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società

2 Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

3 Servizio Sanitario Nazionale

La Società assicura, per gli infortuni e le malattie, fino alla concorrenza dei massimali indicati, il rimborso delle spese in caso di ricovero:

- per gli onorari del Chirurgo, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, ed esami e accertamenti diagnostici durante il periodo del ricovero per l'intervento chirurgico
- rette di degenza;
- Day Hospital: con il limite di € 155 al giorno per le rette di degenza
- Intervento di correzione o eliminazione dei vizi della vista (deficit > 5 diottre su singolo occhio) con il limite di € 2.580;
- in caso di parto naturale con il limite di € 5.000
- trasporto dell'Assicurato: con il limite di € 520 in Italia e € 1.040 all'estero
- retta dell'accompagnatore: con il limite di € 80 al giorno con il massimo di € 2.400
- ospedalizzazione domiciliare: con il limite di € 5.000

Per prestazioni effettuate in convenzionamento diretto non verranno applicati franchigie e/o scoperti.

Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo di € 2.500.

In caso di Day Hospital scoperto 25% con il minimo di € 650.

In caso di intervento di correzione o eliminazione vizi della vista scoperto 25% con il minimo di € 650.

a. La Società rimborsa inoltre le spese sostenute per:

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei Medici) effettuati nei 90 giorni precedenti e relativi al ricovero con/senza intervento, in caso di intervento chirurgico sono compresi anche i trattamenti fisioterapici e il noleggio delle apparecchiature;
- rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuate nei 90 giorni successivi al ricovero;

- Inoltre, la Società, nell'ambito del massimale previsto per il caso di ricovero, rimborsa le spese sostenute per:
 - **trapianti – donatore** prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore, nel caso di trapianti di organi o parti di essi. Per le donazioni da viventi sono comprese le prestazioni sanitarie durante il ricovero riferite al donatore;
 - **prima e dopo ricovero; ricoveri per trapianti - terapie antirigetto** - prestazioni sanitarie fuori ricovero rese necessarie da trapianti di organi o parti di esse effettuate nei 180 giorni prima e dopo il ricovero, compresi i trattamenti mirati alla prevenzione del rigetto.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie sopraindicate sub lett. a. ammonta a € 200.000. In caso di estensione della copertura al nucleo familiare il suddetto massimale annuo è da intendersi per nucleo.

b. in caso di spese domiciliari la Società rimborsa (escluse visite pediatriche, psichiatriche e odontoiatriche):

per onorari medici, purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici (compresi quelli per l'omeopatia);
 accertamenti diagnostici (non compresi nelle spese extraospedaliere di cui al punto c.) pertinenti alla malattia e/o all'infortunio denunciati;
 trattamenti fisioterapici e/o rieducativi compreso il noleggio odi apparecchiature sanitarie per i trattamenti;
 Medicinali (compresi i vaccini e omeopatici);
 Assistenza infermieristica a domicilio richiesta dal medico curante (limite € 26 al giorno per max 30 giorni);
 Cure termali prescritte dal medico curante escluse le spese alberghiere;
 Agopuntura ed elettroagopuntura, purché praticata da Medico regolarmente iscritto all'Albo.

Per prestazioni in convenzionamento diretto scoperto 20% con il minimo di € 50

Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento verrà applicato lo scoperto del 25% con il minimo di € 75.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa i ticket senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

La garanzia viene prestata sino ad un massimo di € 2.500 per anno assicurativo.

In caso di estensione della copertura al nucleo familiare il suddetto massimale annuo è da intendersi per nucleo.

c. **in caso di spese extra-ospedaliere:** la Società rimborsa le spese per le seguenti prestazioni:

- Amniocentesi
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Diagnostica Radiologica
- Dialisi
- Doppler
- Ecografia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Elettromiografia
- Laserterapia
- Radioterapia
- Risonanza Magnetica nucleare
- Tomografia assiale computerizzata (TAC)
- Scintigrafia
- Telecuore
- Villocentesi (in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età)
- Prenatal Safe
- Vera Plus Prenatal Test
- Armony (NIPT).

Per prestazioni in convenzionamento non verrà applicata nessuno scoperto/franchigia.

Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento verrà applicata la franchigia fissa di € 75 per esami/accertamenti.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa i ticket senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

La garanzia viene prestata sino ad un massimo di € 5.200 per anno assicurativo.

In caso di estensione della copertura al nucleo familiare il suddetto massimale annuo è da intendersi per nucleo.

La Società rimborsa altresì le spese per:

d. **Protesi ortopediche** con il massimale di **€ 2.000** e franchigia fissa di € 50.

- e. **lenti correttive** (sono incluse le lenti a contatto e sono escluse le montature), in seguito a modifica del VISUS, con il limite di **€ 300** per anno assicurativo e con l'applicazione dello scoperto del 25% per fattura.
- f. **Prevenzione odontoiatrica:** Ablazione del tartaro con visita di controllo 1 volta l'anno. La garanzia viene prestata esclusivamente per prestazioni effettuate presso i centri convenzionati con la Società o in caso di Ticket presso le strutture del SSN
- g. **cure dentarie:** la garanzia viene prestata per prestazioni effettuate presso i centri convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale o con la Società o in caso di Ticket presso le strutture del SSN sino ad un massimo di **€ 250** per anno assicurativo per le seguenti prestazioni:
 - Cure generiche, estrazioni, protesi e cure ortodontiche.
- h. **Spese funerarie (rimpatrio dall'estero)** con il limite di € 3.000 e **Trasporto decesso in Italia** con il limite di € 2.000.

4. **INDENNITA' (diaria) SOSTITUTIVA**

Nel caso in cui le spese sanitarie da ricovero siano a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale o interamente rimborsate da altre Compagnie, **la Società corrisponderà un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero, nella misura di:**

- **€ 100** al giorno (per pernottamento) con il massimo di 150 giorni.

Per tutte le prestazioni si farà comunque riferimento alla scheda di sintesi (quadro sinottico) Allegato 1) che costituirà parte integrante del contratto.

In caso di estensione della copertura al nucleo familiare i suddetti massimali annui sono da intendersi per nucleo.

5. **MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

a. **Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.**

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture sanitarie convenzionate senza alcun limite all'infuori del massimale assicurato.

b. **Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.**

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione dei limiti previsti nei punti precedenti.

c. Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso di ricovero in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia “Indennità Sostitutiva”.

Qualora l’Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall’Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l’“Indennità sostitutiva”.

Le spese collegate al ricovero e sostenute in regime privato - convenzionato o non - verranno rimborsate all’interno delle relative garanzie se presenti.

d. Servizi di consulenza

I servizi di consulenza potranno essere forniti dalla Compagnia o da una Centrale Operativa dedicata, messa a disposizione dalla Società, attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00 contattando il numero dedicato.....

- Informazioni sanitarie telefoniche:**

- strutture Sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

- Prenotazioni di prestazioni sanitarie**

La Centrale operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle Strutture sanitarie convenzionate con la Società.

e. Formazione

La Società dovrà garantire due giornate di formazione per illustrare agli Assicurati le prestazioni e la modalità di gestione dei sinistri.

6. INCLUSIONI/ESCLUSIONI

a. Inclusioni del nucleo familiare

Il nucleo familiare, come identificato nelle “Definizioni”, potrà essere incluso alla data di decorrenza della polizza; oltre detto termine potrà essere incluso esclusivamente il nucleo familiare di nuovi dipendenti.

Nel caso di decadenza del diritto alla copertura dei componenti del nucleo familiare, la garanzia nei loro confronti sarà operante fino alla scadenza annuale della polizza.

b. Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

Salvo quanto previsto al precedente punto, l'inclusione di familiari rientranti nel nucleo familiare, come identificato nelle "Definizioni", in un momento successivo alla decorrenza della polizza sarà consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza e nuove nascite.

La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempre a condizione che questa venga comunicata entro 30 gg. Oltre tale data non sarà possibile l'inclusione dei familiari.

Per le inclusioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il 100% del premio annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il 60% del premio annuo.

Entro 30 giorni dalla scadenza dell'annualità, in base alle variazioni intercorse e al criterio sopra esposto, si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in via definitiva alla Società.

c. Nuove assunzioni

Nel caso di nuove assunzioni la garanzia decorrerà dal giorno dell'assunzione da parte dell'Associato.

Qualora il neo-assunto intenda inserire il nucleo familiare, come identificato nelle "Definizioni", dovrà effettuare l'inclusione nella copertura entro 30 giorni da quello dell'assunzione; per l'annualità assicurativa in corso all'atto dell'assunzione l'inclusione del nucleo familiare non potrà essere effettuata in un momento successivo a quello sopraindicato.

Per le inclusioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il 100% del premio annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il 60% del premio annuo.

Entro 30 giorni dalla scadenza dell'annualità, in base alle variazioni intercorse e al criterio sopra esposto, si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in via definitiva alla Società.

d. Dimissione o Licenziamento del dipendente

Nel caso di dimissione o licenziamento del dipendente la copertura assicurativa dello stesso avrà termine alla scadenza annuale di polizza.

e. Decesso del dipendente

Nel caso di decesso del dipendente gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia fino alla scadenza annuale della polizza.

7. CALCOLO DEL PREMIO

Il premio dovrà essere calcolato in via provvisoria su n. ___ Dipendenti.

SEZIONE II - LIMITAZIONI ed ESTENSIONI

1. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

2. LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni.

3. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non è operante per:

- la cura di malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 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);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza; si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessari la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla "fecondazione assistita" e/o "fecondazione / inseminazione artificiale".
- le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto.

4. ESTENSIONI DI GARANZIA

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.

SEZIONE III – NORME CHE DISCIPLINANO IL SINISTRO

1. DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa della Società, al numero dedicato e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori e i medici della Centrale Operativa della Società saranno a disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il Piano Sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi articoli *"Sinistri in strutture convenzionate con la Società"*, *"Sinistri in strutture non convenzionate con la Società"* e *"Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale"*.

Qualora l'assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate all'articolo *"Sinistri in strutture non convenzionate con la Società"*, ed all'art. *"Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società"*.

a. Sinistri in Strutture convenzionate con la Società

L'Assicurato dovrà presentare alla Struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti. In caso di prestazione extra-ricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla Struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le Strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La Struttura Sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuata in una Struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti *"Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società"* e *"Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale"* e con l'applicazione di scoperti e franchigie previste nelle singole garanzie.

b. Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato dovrà inviare direttamente alla Società la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero*, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extra-ricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

* Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

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

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato verrà effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

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

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicurative richiesta di rimborso per il medesimo sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

c. Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extra-ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono rimborsate secondo le modalità indicate ai precedenti punti.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredata da copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

2. CRITERI DI LIQUIDAZIONE RELATIVA ALL'AREA RICOVERO E ALLE GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE IN CASO DI INFORTUNIO O MALATTIA

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

3. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A- Prestazioni in Strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla Struttura alla Società.

B - Prestazioni in Strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica verrà conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – dovrà essere restituita all'Assicurato, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

4. ADEMPIMENTI IN MATERIA DI "PRIVACY"

Le parti convengono che i dati relativi agli Assicurati alla Società verranno utilizzati ai soli fini della gestione del presente Piano sanitario nel rispetto della vigente normativa in materia di "privacy"; la Società garantisce pertanto di mantenere indenne il Contraente da eventuali danni conseguenti a un diverso utilizzo dei suddetti dati.

SEZIONE IV – CONDIZIONI GENERALI

1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE / DURATA DELL'ASSICURAZIONE

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

Ai sensi dell'art. 48 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.

È facoltà del Contraente disporre una proroga temporanea finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione; tale facoltà può essere esercitata una o più volte ma comunque per un periodo massimo di 4 mesi complessivamente, decorrenti dalla scadenza o cessazione (tutti i casi di cessazione, anche anticipata) del contratto. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura, è tenuta a prorogare l'assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche. La proroga vale anche a favore delle adesioni facoltative.

Il Contraente ha inoltre la possibilità di richiedere il rinnovo del contratto alle stesse condizioni economiche e contrattuali e per un periodo pari a quello della durata iniziale; a seguito di tale richiesta del Contraente, la Società avrà l'obbligo di comunicare l'accettazione od il rifiuto della proposta di rinnovo nel termine massimo di 15 gg. naturali e consecutivi dalla ricezione della richiesta.

2. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

3. ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione saranno a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

4. FORO COMPETENTE

Per le controversie concernenti l'esecuzione del contratto è esclusivamente competente il Foro di Firenze.

5. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

6. INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

7. CLAUSOLA BROKER

La Stazione Appaltante provvede all'attività di gestione e verifica dell'esecuzione del presente contratto con il supporto di un broker assicurativo, anch'esso individuato all'esito di apposita procedura di selezione del contraente: la Società riconosce pertanto che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto dell'Associato e dell'Assicurato dal Broker medesimo.

Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede al broker si considera come effettuato direttamente alla Società. Qualora l'Impresa aggiudicataria intenda avvalersi per l'amministrazione dei contratti di intermediari (art. 109 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni) appartenenti alla propria rete distributiva, nondimeno garantirà il rispetto delle modalità e termini di rimessa premi previsti, convenuti o comunque riconosciuti dalle procedure amministrative vigenti in caso di gestione diretta o tramite gerenza, al fine di garantire l'adeguato collegamento tra le parti, per il tramite del broker. La remunerazione del broker è posta a carico dell'Impresa aggiudicataria del contratto, nella misura del Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dall'impresa di Assicurazione alla propria rete di vendita e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Amministrazione Aggiudicatrice.

8. OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società/Cassa:

- ogni trimestre,
- nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso, si impegna a fornire all'Associato, in formato elettronico Microsoft Excel®, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 30 giorni precedenti, così articolato:

- a) tipologia di prestazione (ricovero, visite specialistiche, ecc. cc) suddivisa tra Convenzionamento e Fuori Convenzionamento.
- b) data accaduto, annualità assicurativa di riferimento;
- c) importo riservato (con indicazione dell'importo a riserva per ciascun sinistro);
- d) importo liquidato (con indicazione dell'importo liquidato per ciascun sinistro);
- e) sinistri senza seguito;

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

#	DESCRIZIONE MIGLIORIE AL CAPITOLATO
1	Frazionamento del pagamento del premio in due semestri (senza oneri aggiunti)
2	Pacchetto di prevenzione sanitaria in rete convenzionata a libera adesione del dipendente con premio aggiuntivo di € 75,00 *
3	Incremento del massimale delle cure dentarie da 250,00 a 450,00 Euro, senza franchigia e copertura anche fuori rete
4	Numero strutture convenzionate per le cure dentarie e ortodontiche nella Regione Toscana: verificare nel sito www.axa.it

***Pacchetto Check up**

Il solo Dipendente (Caponucleo) che abbia compiuto 30 anni potrà eseguire ogni due anni un check up di prevenzione, in un'unica soluzione, presso le strutture convenzionate reperibili sul sito **www.axa.it**.

L'Assicurato potrà comunque contattare la Centrale Operativa per consulenza o delucidazioni circa le strutture convenzionate. L'Assicurato può scegliere tra le due seguenti modalità per effettuare il check up:

Pacchetto	Contenuto
1. PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE	<ul style="list-style-type: none"> •Esame emocromocimetrico completo •Glicemia •Creatininemia •Colesterolo totale e colesterolo HDL •Alanina aminotransferasi (ALT/GPT) •Aspartato aminotransferasi (AST/GOT) •Esame delle urine •Elettrocardiogramma di base •Trigliceridi •Misurazione della pressione arteriosa
2. PREVENZIONE ONCOLOGICA	<p style="text-align: center;">UOMO (>45 anni compiuti)</p> <ul style="list-style-type: none"> •Sangue occulto nelle feci (3 campioni) •PSA (antigene prostatico specifico) •FPSA (antigene prostatico specifico libero) •Alfa Feto Proteina •Ecografia addominale
	<p style="text-align: center;">DONNA (>30 anni compiuti)</p> <ul style="list-style-type: none"> •PAP-Test •CA 125 (marcatore del tumore ovarico) •CA 15.3 (marcatore del tumore mammario) •Ecografia mammaria <p style="text-align: center;">DONNA (>45 anni compiuti)</p> <ul style="list-style-type: none"> •PAP-Test •CA 125 (marcatore del tumore ovarico) •CA 15.3 (marcatore del tumore mammario) •Mammografia •Ecografia addominale
3. PREVENZIONE OCULISTICA	<ul style="list-style-type: none"> •Valutazione anamnestica volta ad individuare familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale •Esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva, ecc.) ed annessi oculari •Studio del <i>fundus oculi</i> per individuare patologie retiniche •Misurazione del tono oculare •Misurazione del visus
4. PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE	<ul style="list-style-type: none"> •Spirometria •Visita pneumologica
5. PREVENZIONE DERMATOLOGICA	
6. PREVENZIONE GENERICA	<ul style="list-style-type: none"> •Visita dermatologica con epiluminescenza o videodermatoscopia
	<ul style="list-style-type: none"> •Esame emocromocimetrico completo •Glicemia •Creatininemia •Colesterolo totale e colesterolo HDL •Alanina aminotransferasi (ALT/GPT) •Aspartato aminotransferasi (AST/GOT) •GGT •Esame delle urine •Elettrocardiogramma di base •Trigliceridi •Misurazione della pressione arteriosa •HBsAg e anti-HCV •HIV •PSA (antigene prostatico specifico) (>45 anni)