

COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE DIRIGENTI CIG: 9825807073

La presente polizza è stipulata tra

Cassa di Assistenza

Per l'Associato



e

Società

Durata del contratto

Dalle ore 00 del 01.01.2024

alle ore 00 del 01.01.2027

con scadenza dei periodi di assicurazione successivi al primo fissati al 01.01 di ogni anno

SCHEDA DI POLIZZA	
NUMERO DI POLIZZA	
CONTRAENTE	Cassa di Assistenza.....
ASSOCIATO	ANPAL SERVIZI SPA
SEDE LEGALE	
CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	
PERIODO DI ASSICURAZIONE	EFFETTO: DALLE ORE 00 DEL 01/01/2024 SCADENZA: ALLE ORE 00 DEL 01/01/2027
CATEGORIE ASSICURATE	VEDI SEZIONE II ART 3
CONTRIBUTO IMPONIBILE ANNUO	€
IMPOSTE	€
CONTRIBUTO LORDO ANNUO	€
BROKER – INTERMEDIARIO	AON SPA
ALIQUOTA PROVVISORIALE BROKER	0,01%
CORRISPONDENTE/COVERHOLDER	

**SEZIONE I
DEFINIZIONI**

Accertamento diagnostico	Prestazione medico strumentale a carattere anche cruento e/o invasivo atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Assicurato	I soggetti nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione, che si intende riservata a: dipendenti che non hanno qualifica dirigenziale e il loro nucleo familiare
Assicurazione	Contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente
Assistenza diretta	La modalità di erogazione delle prestazioni assicurative per la quale le spese coperte dall'Assicurazione vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Sanitarie convenzionate. In tal caso, quindi, l'Assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla Polizza senza anticipare la relativa spesa e delegando l'Assicuratore al pagamento in sua vece di tali spese in base alle fatture emesse dalle Strutture appartenenti al Network nei limiti della copertura assicurativa a lui spettante ai sensi della Polizza. Tale modalità di erogazione è consentita solo per prestazioni sanitarie erogate dal Network e solo previa autorizzazione dalla Centrale Operativa su richiesta dell'Assicurato.
Assistenza indiretta	La modalità di erogazione della prestazione assicurativa per la quale le spese coperte dall'Assicurazione relative alle prestazioni sanitarie ricevute vengono rimborsate dalla Società all'Assicurato; in tal caso, quindi, l'Assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla Polizza anticipando la relativa spesa e, quindi, pagando direttamente tali spese in base alle fatture emesse dalle Strutture Sanitarie e la Società rimborsa all'Assicurato tale spesa nei limiti della copertura assicurativa a lui spettante. Tale modalità di erogazione trova applicazione presso le Strutture Sanitarie non appartenenti al Network e, nei casi in cui l'Assicurato non abbia tempestivamente richiesto, per la prestazione sanitaria, l'attivazione dell'Assistenza Diretta, anche presso le Strutture Sanitarie Convenzionate.
Assistenza infermieristica	L'assistenza infermieristica prestata da personale in possesso di specifico diploma o titolo equipollente.
Associato	ANPAL Servizi S.p.A.
Broker	L'Impresa di Brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione ai sensi del D.Lgs. 209/2005
Cassa di Assistenza	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.
Centrale Operativa	La struttura che, per conto dell'Assicuratore, provvede alla gestione del Network e al contatto telefonico con l'Assicurato che voglia accedere al Network.
Contraente	Cassa di Assistenza.....

Contributo	La somma dovuta dalla Associata per il tramite della Contraente alla Società a corrispettivo dell'Assicurazione
Data evento	Per i ricoveri si intende quella in cui avviene il ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive, anche non in vigenza di contratto nei limiti del periodo di post ricovero) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.
Day Hospital	Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche, mediche e/o diagnostiche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da certificazione medica, nonché il Day Surgery, il Day Service, il M.A.C. (macroattività ambulatoriale complessa) ed altre modalità di cura equiparate che, ai fini contrattuali sono assimilati e rientrano quindi nella definizione di Day Hospital.
Dipendente	La persona fisica che intrattiene un rapporto di lavoro con ANPAL Servizi S.p.A.
Franchigia	Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assicurato. Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Immobilizzazione	Qualsiasi impedimento motorio, totale o parziale, di una parte del corpo (arti superiori, inferiori, busto, testa), anche in assenza di fratture ossee conseguente all'infortunio che richieda l'applicazione di tutori ortopedici esterni di materiale vario, anche amovibili, fissatori interni e esterni, stecche digitali e/o preveda un divieto di carico
Indennità sostitutiva	Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero ordinario o di Day Hospital per prestazioni effettuate in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni ricovero o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post ricovero che verranno comunque rimborsate secondo le modalità ed i limiti specificamente indicati).
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.
Intervento chirurgico	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.
Intervento chirurgico ambulatoriale	Prestazione chirurgica che, anche se effettuata in sala operatoria, per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.
Istituto di cura	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
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione, difetto fisico	Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della decorrenza della garanzia.
Massimale	La somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso l'assicurato, secondo l'opzione prescelta, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.
Network	Rete di Strutture Sanitarie convenzionate con la Società, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire dei Ricoveri e delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza in regime di Assistenza Diretta.
Nucleo familiare	Costituiscono nucleo familiare del Dirigente indipendentemente dal fatto che i singoli familiari siano o meno fiscalmente a carico, ma purché risultino conviventi: il coniuge, 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; i figli senza limite di età.
Polizza	Documento che prova l'assicurazione
Rette di degenza	Corrispettivo per il trattamento alberghiero e assistenza medico infermieristica in caso di Ricovero.
Ricovero	Degenza, documentata da cartella clinica o certificazione equivalente, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura, non necessariamente integrata dalla Scheda di Dimissione (SDO).
Rischio	Possibilità che si verifichi il sinistro
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'Indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Verificarsi del fatto dannoso per il quale è prevista l'assicurazione
Società	La Compagnia di Assicurazione che a seguito di aggiudicazione assume il rischio delle prestazioni oggetto del servizio
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
Trattamenti fisioterapici e rieducativi	Prestazioni di medicina riabilitativa, ad opera di personale sanitario fornito di laurea o specifico diploma, tesa a rendere possibile il recupero delle funzioni negli individui colpiti da traumi, lesioni invalidanti, malattie infiammatorie o degenerazioni indennizzabili a termini di polizza. Devono essere prescritte da medico specialista ed effettuate da Istituto di Cura, Centro Medico, medico specialista o studio professionale regolarmente autorizzato.

**SEZIONE II
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE****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, con cui l'Ente stipulerà apposita convenzione e dovranno essere garantite dalla Compagnia aggiudicataria della presente procedura di evidenza pubblica.

ART. 1 – DURATA DEL CONTRATTO

La presente polizza ha decorrenza e scadenza come indicato nella *SCHEDA DI POLIZZA*; alla data di scadenza, la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È facoltà di ANPAL Servizi S.p.A., entro 30 giorni solari dalla scadenza della Convenzione, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 giorni solari. La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di contributo verrà corrisposto entro 60 giorni solari dall'inizio della proroga. Tale facoltà può essere esercitata una o più volte nell'ambito di tale periodo, con il massimo comunque di 180 giorni solari. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del contributo annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

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

ART. 2 – SOGGETTI ASSICURATI2.1 Soggetti assicurati collettivamente dal Piano Sanitario

L'assicurazione si intende valida a favore dei dipendenti che hanno qualifica dirigenziale di ANPAL Servizi S.p.A. Tali soggetti sono i Titolari della Copertura Sanitaria.

2.2 Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario

I Titolari possono estendere, facoltativamente e a proprio carico, la copertura del Piano Sanitario ai propri familiari, indipendentemente dal fatto che essi siano o meno fiscalmente a carico, purché risultino conviventi dallo stato di famiglia.

Per nucleo familiare si intende:

- Il coniuge, 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
- I figli senza limite di età. Devono ritenersi compresi anche: i figli naturali legalmente riconosciuti; i figli nati dal precedente matrimonio del coniuge; i minori legalmente affidati o adottati; i figli non conviventi ma purché fiscalmente a carico

ART. 3 – INCLUSIONE ED ESCLUSIONE DEGLI ASSISTITI

A seguito della stipula del Contratto ANPAL Servizi S.p.A. comunicherà l'elenco del personale dirigente in servizio presso la stessa.

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

- a) se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno, la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- b) in caso di inserimento nel secondo semestre, la stessa comporta la corresponsione del 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. Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex dipendente verrà mantenuto in copertura fino alla prima scadenza annuale successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Nel caso di nuova assunzione la garanzia decorrerà dalle ore 00 della data di assunzione purché la comunicazione venga effettuata entro cinque giorni lavorativi successivi alla fine di ciascun mese di riferimento. Superato tale limite temporale, l'assicurazione decorrerà dalla data di effettiva comunicazione.

Nel caso di risoluzione del rapporto di lavoro la garanzia scadrà dalle ore 00 della data di cessazione del rapporto di lavoro.

Le inclusioni degli assicurati ad adesione facoltativa verranno effettuate da ANPAL Servizi S.p.A. che provvederà a raccogliere ed inviare alla Società i dati relativi ai familiari aderenti. Le inclusioni sono così regolamentate:

- Alla decorrenza del contratto, gli aventi diritto avranno a disposizione una finestra di ingresso di 45 giorni solari durante la quale potranno effettuare l'adesione al piano sanitario per i propri familiari.
- I nuovi assunti inclusi durante l'anno, avranno 45 giorni solari dall'assunzione per effettuare l'adesione al piano sanitario per i propri familiari.

Il contributo verrà calcolato come segue:

- se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno, la stessa comporta la corresponsione dell'intero contributo annuo;
- in caso di inserimento nel secondo semestre, la stessa comporta la corresponsione del 60% del contributo annuo.

Nel caso in cui non venissero inclusi i familiari, secondo le modalità e i termini di cui sopra, non sarà possibile procedere al loro inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (tre anni).

Eventuali esclusioni di assicurati ad adesione facoltativa 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 ad adesione facoltativa che si verificheranno nelle modalità sopra indicate, dovranno essere comunicati dal Contraente, a mezzo posta elettronica alla Spettabile Contraente, per tramite del broker.

ART.4 – PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL CONTRIBUTO

Il contributo lordo annuo è stabilito come segue:

€ premio offerto dall'aggiudicatario _____ per ogni Dirigente

€ premio offerto dall'aggiudicatario _____ per ogni Familiare. Si precisa che il premio annuo lordo per ciascun familiare sarà pari al 25% per persona del premio indicato per ciascun Dirigente.

Il contributo di polizza è stabilito in visa provvisoria sulla base dei nuclei familiari che risultano dal successivo Art. 21.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del giorno indicato in polizza, il contributo o la prima rata di contributo deve essere pagato entro 60 giorni solari dalla data di consegna della polizza al Contraente in deroga dell'art. 1901 c.c.; altrimenti ha effetto dalle ore 00.00 del giorno del pagamento. Se la Contraente non paga le rate di contributo successive alla prima, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00 del 60° giorno solare 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.

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

Si precisa che le eventuali altre appendici comportanti un incasso del premio potranno essere pagate entro 60 giorni solari 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.5 – MODALITÀ DI RIMBORSO

Premesso che la presente assicurazione viene prestata a integrazione del FASI (Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa) o della CASAGIT: Cassa Autonoma di Previdenza e Assistenza Integrativa dei Giornalisti Italiani), resta convenuto che la Società rimborsa, nel limite dei massimali previsti, le spese sostenute dall' Assicurato dietro presentazione della copia del modulo di rimborso FASI/CASAGIT unitamente alle notule di spesa, delle fatture, la documentazione sanitaria deve sempre contenere la diagnosi o presunta diagnosi, secondo il seguente schema:

- qualora si chieda il rimborso di spese rimborsabili a termini di polizza in relazione alle quali il FASI o la CASAGIT abbiano già provveduto a un rimborso parziale, la Società liquiderà, a integrazione, solo la parte eccedente delle stesse;
- qualora si chieda il rimborso di spese non contemplate dal FASI o dalla CASAGIT ma rimborsabili a termini di polizza, la Società liquiderà le stesse per intero;
- qualora si chieda il rimborso di spese rimborsabili a termini di polizza sostenute da un familiare assicurabile in base all'Art. 3, ma non assistito dal FASI o dalla CASAGIT, la Società liquiderà le stesse previa deduzione di uno scoperto pari al 25% delle spese effettivamente sostenute.

ART. 6 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

In caso di sinistro, l'Assicurato/a deve presentare denuncia alla Società/Cassa con la massima sollecitudine possibile a partire dal momento in cui ne viene a conoscenza. Tale comunicazione deve essere correlata della necessaria documentazione medica.

Ogni denuncia deve essere riferita a un solo Assicurato e a un solo evento patologico.

ART. 7 – OBBLIGHI DELLA SOCIETA'

La Società dovrà garantire i seguenti servizi per la gestione delle pratiche:

a) Creazione di un numero telefonico da contattare senza oneri per l'Assicurato/a:

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.

b) Creazione di un Portale on-line dedicato alla gestione di tutte le pratiche:

La Società dovrà rendere disponibile ai soggetti assistiti una piattaforma web (Portale on-line) per:

- l'attivazione delle richieste di assistenza diretta e rimborsuale, allegando la relativa documentazione sanitaria e di spesa, in ottemperanza alla disciplina del Codice per la

protezione dei dati personale, sia in termini di informativa al trattamento che in termini di misure di sicurezza

- il reperimento di informazioni rispetto all'elenco aggiornato dei centri convenzionati;
- la ricerca della 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.

c) 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.

d) Criteri di Liquidazione:

In tutti i casi in cui la copertura assicurativa opera in forma rimborsuale entro 30 giorni solari dall'inserimento della richiesta la Società dovrà: evadere la pratica predisponendo la liquidazione, respingere la pratica con obbligo di motivazione o sospendere la pratica richiedendo eventuale documentazione integrativa.

In questo ultimo caso i termini – 30 giorni solari (o eventuale miglioria come da offerta tecnica)

e) Obbligo della Società di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società si impegna a fornire al Contraente/Azienda Associata, con scadenza semestrale, l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della polizza nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Associato.

Il dettaglio dei sinistri, che dovrà essere fornito in formato *Excel* tramite *file* modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura), sarà così suddiviso:

- numero del sinistro della Società;
- data di accadimento;
- data di denuncia;
- nominativo assicurato;
- tipo di assicurato (Titolare, Familiare);
- tipo di prestazione;
- stato del sinistro ("aperto", "chiuso", "chiuso senza seguito");
- importo Richiesto;
- importo liquidato e relativa data della liquidazione;
- importo riservato;
- canale di erogazione (rete, fuori rete, SSN).

Numero Sinistro	Data di accadimento	Data di denuncia	Nome Assicurato	Tipo di Assicurato	Tipo di prestazione	Stato sinistro	Canale di erogazione	Importo richiesto	Importo Liquidato	Importo Riservato	Data Liquidazione

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, dovrà essere fornita una statistica dettagliata dei sinistri dalla Società entro e non oltre 30 giorni solari 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 solari dalla ricezione della richiesta inviata dalla Contraente/Azienda Associata e/o dal Broker.

7.1 – 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 rifiuti di firmare il relativo verbale.

7.2 – Data del sinistro

Relativamente alla garanzia ricovero, 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. Pertanto, si intendono ricomprese le spese pre e post ricovero anche se effettuate in annualità diversa purché nei limiti previsti dalla garanzia ricovero, anche non in vigenza di polizza.

Per le prestazioni extra ricovero per "data in cui si è verificato il sinistro" si intende 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 nei limiti di quanto previsto dall'Art. 2 Sezione III.

ART. 8 – RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

ART. 9 – REGIME DI CONVENZIONAMENTO DIRETTO E REGIME RIMBORSUALE

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

1. Regime di convenzionamento diretto

Per tutte le prestazioni di polizza che lo prevedono, la richiesta di presa in carico presso strutture convenzionate appartenenti al Network verrà effettuata con un preavviso di almeno 5 giorni (o eventuale miglioria come da offerta tecnica) lavorativi. La Società si impegna a fornire esito dell'autorizzazione entro 24h dalla data fissata per la prestazione, fornendo all'Assicurato/a la possibilità di integrare eventuale documentazione mancante entro la data stessa e senza la necessità di richiedere una nuova prestazione.

La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza medico sanitaria.

Per la garanzia ricovero, in ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assistito/a potrà richiedere il rilascio dell'autorizzazione entro i 5 giorni lavorativi successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata qualora fosse passato un minor numero di giorni.

Qualora l'Assicurato/a fosse autorizzato/a a ricevere una prestazione presso Struttura Convenzionata, ma l'équipe medica non lo fosse, con riferimento agli importi relativi alla struttura la Società provvederà al relativo pagamento diretto; con riferimento invece agli onorari dell'équipe non convenzionata, troverà applicazione quanto previsto al successivo punto per la modalità a rimborso.

In caso di cessazione e/o disdetta di una Convenzione tra il Network e la Società, lo stesso si impegna con la Struttura a garantire che eventuali prestazioni già autorizzate, vengano comunque prese in carico. Qualora ciò non fosse possibile, per cause non dipendenti dalla volontà della Società, la prestazione verrà anticipata dall'Assistito/a e rimborsata con garanzia di applicazione delle medesime condizioni previste per il convenzionamento diretto.

2. Regime rimborsuale

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute l'Assistito/a deve presentare la relativa richiesta corredata dalla fotocopia della seguente documentazione medica:

- in caso di ricovero: copia della cartella clinica conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale: relazione chirurgica ed eventuale referto istologico;
- in caso di prestazioni extra ricovero, con esclusione della medicina preventiva: prescrizione medica con quesito diagnostico;

In tutti gli altri casi: prescrizioni mediche o altra documentazione medica se prevista dall'apposita garanzia in aggiunta alla copia delle ricevute, fatture, notule, debitamente quietanzate.

ART. 10 - CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione della presente polizza ad Aon S.p.A. con sede legale in Milano, Via Calindri 6 in qualità di Broker, ai sensi del D.Lgs. 209/2005 ss.mm.ii.

Le parti si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente e/o assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno la Società solo dopo il consenso scritto.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ss.mm.ii. e all'art. 55 del regolamento IVASS 05/2006 ss.mm.ii., il Broker è autorizzato a incassare i premi, tuttavia, il Contraente potrà effettuare il pagamento direttamente alla Società; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 del Codice civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del Broker è a carico della Società ed è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Società alla propria rete di vendita diretta; non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del contributo, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

La Società prende altresì atto che non appena scadrà il contratto di brokeraggio assicurativo stipulato dal Contraente con il citato intermediario, il Contraente stesso comunicherà alla Società il nominativo dell'eventuale nuovo soggetto affidatario dell'infranominato servizio, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo.

ART. 11 - TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI E CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della L. 136/2010 ss.mm.ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del dell'art. 3, comma 8, della L. 136/2010 ss.mm.ii..

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 tramite invio di raccomandata, e-mail o 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 e-mail.

ART. 13 – MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

ART. 14 – ONERI FISCALI

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

ART. 15 - 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. 16 – 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 solari 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. 17 – 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. 18 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente previsto, si farà espresso riferimento alle norme dettate dal Codice civile e dalle leggi in materia.

ART. 19 – 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. 22 Riparto di Coassicurazione.

ART. 20 – 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 solari dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di contributo netto relativa al periodo di rischio non corso di ciascuna polizza.

ART. 21 – CALCOLO DEL CONTRIBUTO ANNUO LORDO ANTICIPATO

DIRIGENTI		
Numero Dirigenti assicurati	Contributo annuo lordo procapite	Totale contributo annuo lordo €
23

FAMILIARI		
Numero Familiari	Contributo annuo lordo procapite	Totale contributo annuo lordo €
38

ART. 22 – RIPARTO DI COASSICURAZIONE

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

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

**SEZIONE III
OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

La copertura assicurativa riguarda, per le prestazioni di cui all'Art. 1 - Prestazioni e fino alla concorrenza dei massimali previsti, il rimborso delle spese mediche sostenute dagli Assicurati e rese necessarie da malattia o infortunio.

ART.1 - 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 ciascuna annualità assicurativa); in caso di **ricovero in Istituto di cura, ambulatorio o day hospital che comporti o meno intervento chirurgico e in caso di parto cesareo e aborto terapeutico:**

1. **Pre ricovero:** gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi ticket), effettuati nei 100 giorni solari precedenti l'intervento e ad esso relativi;
2. **Intervento chirurgico:** 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 ivi compresi protesi ed endoprotesi applicate al paziente durante l'intervento
3. **Assistenza medica, medicinali, cure:** accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
4. **Rette di degenza**
5. per il **telefono, la radio, la filodiffusione e il televisore** entro il limite di € 20,00 al giorno e per un periodo massimo di 10 giorni solari per nucleo familiare e annualità assicurativa;
6. **Accompagnatore:** per il vitto e il pernottamento di un accompagnatore nell'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato l'Assicurato, per un periodo non superiore a 100 giorni solari per annualità assicurativa e con il limite giornaliero di € 130,00 giornaliero;
7. **Trasporto sanitario:** per il trasporto dell'Assicurato in istituto di cura o ambulatorio in Italia o all'estero, da un istituto di cura o ambulatorio all'altro e, purché richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa, nel limite del 20% del massimale assicurato;
per il trasporto dell'accompagnatore al seguito dell'Assicurato in istituto di cura o ambulatorio all'estero, da un istituto di cura o ambulatorio all'altro e per il ritorno a casa, nel limite di € 3.100,00 da intendersi quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascuna annualità assicurativa
8. **Post ricovero:** vengono rimborsate le spese per l'acquisto o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, accertamenti diagnostici (compresi i relativi tickets), prestazioni medico chirurgiche e infermieristiche, visite specialistiche (compresi i relativi tickets), acquisto di medicinali e mezzi di immobilizzazione prescritti da specialista ortopedico, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera); prestazioni, tutte effettuate nei 100 giorni solari successivi all'intervento.

B. Fino alla concorrenza di € 5.000,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato, per ciascun evento e per annualità assicurativa) in caso di **parto non cesareo.**

C. **Indennità sostitutiva**

Nel caso degli eventi disciplinati al precedente punto A.: qualora tutte le spese siano a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale, e dunque l'assicurato non faccia richiesta di indennizzo né per il ricovero né per altra prestazione sanitaria ad essa connessa è prevista la corresponsione di una indennità di € 130,00

per persona e per ogni giorno di ricovero (compresi quello iniziale e quello finale) e per un massimo di 100 giorni solari per annualità assicurativa e persona, fermo restando il diritto al rimborso delle spese pre e post ricovero nei termini previsti dal contratto.

La corresponsione di tale indennità deve comunque intendersi alternativa al rimborso delle spese sostenute. Tale disciplina si applica anche agli eventi disciplinati al precedente punto B., fermo restando il limite di € 500,00 per ciascun evento e per ciascun nucleo familiare assicurato.

D. Fino alla concorrenza di € 2.500,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascuna annualità assicurativa) per le **cure domiciliari o ambulatoriali che non diano luogo a intervento chirurgico o comunque a ricovero in istituto di cura o ambulatorio o in day hospital** e più precisamente:

- onorari medici
- medicinali prescritti dal medico curante, esclusi gli amari medicinali, i lassativi e i digestivi;
- accertamenti diagnostici, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciati

E. Fino alla concorrenza di € 4.000,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascuna annualità assicurativa); **per le cure domiciliari o ambulatoriali che non diano luogo a intervento chirurgico o comunque a ricovero in istituto di cura o ambulatorio in day hospital e più precisamente:**

- prestazioni infermieristiche;
- cure e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- cure termali sulla base di una indennità giornaliera omnicomprensiva pari al 3% del massimale previsto alla presente garanzia. L'indennità è corrisposta per ogni giorno di permanenza nella stazione termale e per un periodo massimo di 20 giorni solari per annualità assicurativa e per persona assicurata.
- cure odontoiatriche e ortodontiche, acquisto e ribassamento di protesi odontoiatriche;
- acquisto di lenti correttive di vizi della vista clinicamente accertati (escluse montature e lenti a contatto), nonché le protesi sostitutive oculari;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- acquisto di amplificatori acustici;
- noleggio di apparecchiature per emodialisi;
- acquisto e noleggio di carrozzelle ortopediche.

F. **Cure al neonato**

Per i nati nel corso di validità del contratto l'assicurazione è operante gratuitamente per identici massimali e garanzie previsti per la madre, a decorrere dal momento della loro nascita e fino alle ore 24.00 del 30° giorno successivo. Decorso tale periodo il neonato rimarrà compreso in garanzia solamente dietro pagamento del relativo contributo

G. **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.

H. **Prestazioni diagnostiche e terapeutiche sul nascituro**

La Società rimborsa anche le spese per prestazioni sanitarie effettuate sul nascituro per sospette o manifestate malattie o lesioni a danno del medesimo e sostenute sia in regime di ricovero che al di fuori del medesimo. L'assicurazione si intende prestata per identici massimali e garanzie previsti per la madre.

I. Spese extra ospedaliere

Fino alla concorrenza di € 5.000,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascuna annualità assicurativa) per le terapie e gli accertamenti diagnostici di alta specializzazione non connessi a ricovero o a day hospital, di seguito specificati:

- 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)
- Angiografia
- Arteriografia
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Cateterismo cardiaco
- Chemioterapia
- Cistermografia
- Cistografia
- Clisma opaco;
- Cobaltoterapia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea (PTC);
- Colecistografia;
- Coronografia
- Diagnostica radiologica con o senza mezzo di contrasto (esclusa quella odontoiatrica);
- Doppler;
- Ecocardiografia
- Ecocolor Doppler;
- Ecodoppler
- Ecografia (con esclusione di quelle effettuate in gravidanza se non in presenza di sospetto patologico)
- Ecografia con sonda transviscerale;
- Ecografia mammaria
- Ecotomografia
- Elettrocardiogramma sotto sforzo;
- Elettroencefalografia;
- Elettromiografia;
- Elettroscopia
- Emodialisi
- Esami endoscopici anche se comprendenti biopsia;
- Esami istologici;
- Esofagogastroduodenoscopia (EGDS);
- Holter cardiaco
- Holter pressorio
- Isterosalpingografia
- Laserterapia (escluso il trattamento chirurgico della miopia);
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- MOC;
- Pneumoencefalografia
- Risonanza Magnetica nucleare;
- Medicina Nucleare;
- Scintigrafia;

- Splenoportografia
- TAC
- Terapia radiante
- Tomografia a Emissione di Positroni (PET)
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Telecuore
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

Franchigie e scoperti

Per ogni singolo evento, qualora il rimborso non sia contemplato dal FASI o CASAGIT, verrà applicato uno scoperto pari al 20% dell'importo liquidabile, con il minimo di € 50,00; negli altri casi si applica quanto disposto all'Art. 5 - Modalità di rimborso Sezione II.

I ticket relativi a tali eventi verranno rimborsati sempre nell'ambito del massimale.

J. Alcool

La Società rimborsa anche le prestazioni sanitarie in regime di ricovero e al di fuori del medesimo, prescritte ed effettuate presso istituto di cura od ambulatorio medico, mirate alla disassuefazione dall'alcolismo.

K. Malattie mentali

La Società rimborsa anche le prestazioni sanitarie in regime di ricovero e al di fuori del medesimo, prescritte ed effettuate presso istituto di cura od ambulatorio medico.

Gli eventi di cui alle lettere J. Alcool e K. Malattie mentali, devono avere inizio in data successiva alla data di decorrenza della polizza.

Le prestazioni relative alle garanzie di cui alle lettere J. Alcool e K. Malattie mentali, valgono per una durata massima di 180 giorni solari a far data dalla prima prestazione sanitaria, per ciascun assicurato e per l'intera validità della polizza. Allo scadere del periodo di 180 giorni solari, previa presentazione di certificazione medica attestante il conseguimento della completa guarigione, le garanzie conservano la loro piena validità. In caso contrario od in caso di mancata presentazione della documentazione di cui al precedente capoverso, si applica integralmente il disposto dell'Art. 2 – *Esclusioni dall'Assicurazione, punto o della Sezione IV.*

L. Medicina preventiva

Fino alla concorrenza di € 500,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascuna annualità assicurativa) per le prestazioni di medicina preventiva, così identificate:

- Per l'acquisto e la somministrazione di sieri o vaccini a scopo profilattico
- Le visite mediche pediatriche, anche in assenza di alterazioni morbose (con il massimo di n° 2 prestazioni per annualità assicurativa e per persona assicurata)

M. Ticket

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

ART. 2 - 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. 1 – Prestazioni* ai punti A, B, e G sono rimborsabili soltanto se il ricovero o il day-hospital o il decesso avvenuto all'estero a cui esse si riferiscono sia avvenuto entro la scadenza del contratto. Le spese di cui all'*Art. 1 – Prestazioni* punti D, E, H, I, J, K, M sono rimborsabili esclusivamente se si riferiscono a prestazioni effettuate entro la validità del contratto. In nessun caso una spesa sostenuta oltre 100 giorni solari dalla scadenza del contratto sarà rimborsabile dalla Società.

**SEZIONE IV
LIMITAZIONI****ART.1 – ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

ART.2 – ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
- b) L'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze
- c) Gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, tranne quanto previsto dall'Art.1 Sezione III – Prestazioni J.
- d) Le cure e gli interventi determinati da positività HIV e da AIDS e sindromi ad essa correlate;
- e) Gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assicurato
- f) Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti.
- g) 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.
- h) 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) Le visite, le cure e le protesi odontoiatriche nonché le paradontopatie, tranne quanto espressamente previsto all'Art. 1 Sezione III - Prestazioni punto E.
- j) Le patologie psichiatriche, le psicosi in genere, le sindromi caratteriali, le sindromi depressive.
- k) Le spese per la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici, tranne quanto previsto dall'Art. 1 Sezione III – Prestazioni punto E.
- l) I trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali e medicinali, tranne quanto espressamente previsto all'Art. 1 Sezione III - Prestazioni, punto E
- m) 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 e eruzioni vulcaniche.
- n) Le patologie psichiatriche, le psicosi in genere, le sindromi caratteriali, le sindromi depressive, tranne quanto previsto all'Art. 1 Sezione III – Prestazione K., con esclusione dei casi che comportano intervento chirurgico
- o) Non sono assicurabili le persone affette da tossicodipendenza o alcool dipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive salvo quanto previsto all'Art. 1 Sezione III – Prestazioni al punto J e K

ART. 3 – LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del **80° anno di età** dell'Assicurato/a, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dell'Assicurato/a. 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.

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.

IL CONTRAENTE
(Cassa di Assistenza)

L'ASSOCIATO

LA SOCIETÀ