

POLIZZA DI ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE DIRIGENTI

LOTTO N. 3

CIG.538537258F

La presente polizza è stipulata tra

| | |
|---|------------------------------------|
|  | ITALIA LAVORO SPA |
| | VIA GUIDUBALDO DEL MONTE 60 |
| | 00197 ROMA |
| | P.IVA 05367051009 |

e

| |
|------------------------------|
| Società Assicuratrice |
| Agenzia di |
| . |
| . |

Durata del contratto

| | |
|------------------------------|-------------------|
| Dalle ore 24.00 del : | 31.12.2013 |
| Alle ore 24.00 del : | 31.12.2016 |

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Alle ore 24.00 di ogni | 31/12 |
|-------------------------------|--------------|

SOMMARIO

SEZIONE 1 DEFINIZIONI

Art.1 Definizioni

SEZIONE 2 CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art.1 Oggetto dell'assicurazione
Art.2 Assicurati
Art.3 Identificazione del nucleo familiare
Art.4 Modalità di rimborso
Art.5 Prestazioni
Art.6 Limite alle prestazioni
Art.7 Persone assicurabili
Art.8 Periodo di assicurazione
Art.9 Prestazioni sanitarie nell'imminenza della scadenza del contratto
Art.10 Estensione territoriale
Art.11 Sinistri
Art.12 Rinuncia al diritto di rivalsa
Art.13 Forma delle comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato alla Società.
Art.14 Oneri fiscali
Art.15 Malattie pregresse, croniche e recidivanti
Art.16 Buona fede
Art.17 Effetto dell'assicurazione
Art.18 Premio -Regolazione del premio -Variazione delle persone assicurate
Art.19 Foro competente
Art.20 Clausola Broker
Art.21 Tracciabilità dei flussi finanziari – Clausola risolutiva espressa
Art.22 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
Art.23 Criteri di Liquidazione
Art.24 Rinvio alle norme di legge
Art.25 Coassicurazione e delega
Art.26 SERVIZI
Art.27 Clausola di raccordo

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

Art.1 - Definizioni

| | |
|-------------------------------------|---|
| Assicurati : | I dirigenti e i rispettivi nuclei familiari di Italia Lavoro SpA con sede legale in Via G. del Monte 60 00197 Roma- società iscritta alla cassa assistenza |
| Azienda Associata | Italia Lavoro Spa |
| Assicurazione : | Contratto di assicurazione |
| Contraente : | Cassa Assistenza.....per Italia Lavoro SpA |
| Broker : | La AON S.p.A. quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società. |
| Day Hospital: | Degenza in istituto o casa di cura in regime esclusivamente diurno, con compilazione di cartella clinica |
| Franchigia : | parte delle spese sostenute che rimane a carico dell'Assicurato |
| 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. |
| 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. La gravidanza è considerata malattia. |
| Malformazione difetto fisico | Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della decorrenza della garanzia. |
| Polizza : | Documento che prova l'assicurazione |
| Premio : | Somma dovuta dal Contraente alla Società |
| Ricovero : | Degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura pubblico o privato |
| Rischio : | Possibilità che si verifichi il sinistro |
| Scoperto : | Percentuale del danno che rimane a carico dell'Assicurato |
| Sinistro : | Verificarsi del fatto dannoso per il quale è prevista l'assicurazione |
| Società : | La compagnia di assicurazione |
| SSN : | Servizio Sanitario Nazionale |
| 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. |

SEZIONE 2 - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

La copertura assicurativa riguarda, per le prestazioni di cui all'Art. 5 -Prestazioni e fino alla concorrenza dei massimali previsti, il rimborso delle spese mediche sostenute dagli Assicurati e rese necessarie da malattia o infortunio.

Art.2 – Assicurati

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

Art.3 – Identificazione del nucleo familiare

Ai fini della determinazione del premio di polizza, costituiscono nucleo familiare del Dirigente, indipendentemente dal fatto che i singoli familiari siano o meno fiscalmente a carico, ma purché risultino conviventi:

1. 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;
2. I figli senza limite di età;
3. nei termini di cui al precedente punto 2, devono ritenersi compresi anche:
 - I figli naturali legalmente riconosciuti
 - I figli nati dal precedente matrimonio del coniuge
 - I minori legalmente affidati o adottati

Art.4 – 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.5 – Prestazioni

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

A) Fino alla concorrenza di € 200.000,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun anno assicurativo); 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. per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi ticket) effettuati nei 100 giorni precedenti l'intervento e

ad esso relativi;

2. per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
3. per gli accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
4. per le rette di degenza;
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 per nucleo familiare e anno;
6. 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 per anno assicurativo e con il limite giornaliero di € 130,00 giornaliere;
7. 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;
8. 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 ciascun anno assicurativo;
9. 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, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera); prestazioni, tutte effettuate nei 100 giorni successivi all'intervento.

Per le prestazioni di cui ai precedenti punti A 1. e A 9. l'onere massimo a carico della Società non potrà superare il 20% del massimale assicurato.

B) Fino alla concorrenza di € 5.000,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun evento) 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 Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta una indennità pari € 130,00 per persona e per ciascun giorno di ricovero e con un massimo di 100 giorni per anno assicurativo e per persona. 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 ciascun anno assicurativo):

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 ciascun anno assicurativo); 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 per anno assicurativo 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 premio.

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

- Amniocentesi e Villocentesi (in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età);
- Coronarografia
- Diagnostica radiologica con o senza mezzo di contrasto (esclusa quella odontoiatrica);
- Doppler
- Ecocolordoppler
- Ecografia (con esclusione di quelle effettuate in Gravidanza)
- Ecografia con sonda transviscerale
- Elettrocardiogramma sotto sforzo
- Elettrocardiografia, ECG Holter, Monitoraggio 24H della pressione arteriosa;
- Elettroencefalografia
- Elettromiografia
- Esami endoscopici anche se comprendenti biopsia
- Esami istologici
- Laserterapia (escluso il trattamento chirurgico della miopia)
- MOC
- Risonanza Magnetica nucleare
- Medicina Nucleare;
- Scintigrafia;
- TAC
- Telecuore
- Uroflussometria
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Emodialisi
- Terapia radiante

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. 4 Modalità di rimborso. I ticket relativi a tali eventi verranno rimborsati sempre nell'ambito del massimale.

L) 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.

M) 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 L) Alcool ed M) Malattie mentali, devono avere inizio in data successiva alla data di decorrenza della polizza.

Le prestazioni relative alle garanzie di cui alle lettere L) Alcool ed M) Malattie mentali, valgono per una durata massima di 180 giorni a far data dalla prima prestazione sanitaria, per ciascun assicurato e per l'intera validità della polizza. Allo scadere del periodo di 180 giorni, 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. 7 di polizza.

N) Medicina preventiva

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

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

O) Ticket

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

Art. 6 - Limiti alle prestazioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici ovvero a uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti, tranne quanto previsto all'Art. 5 -Prestazioni L);
- le cure e gli interventi determinati da positività HIV e da AIDS e sindromi ad essa correlate;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove e allenamenti nonché da voli effettuati in qualità di pilota o membro dell'equipaggio dell'aeromobile;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia stomatologica e plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio o malattia), le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione del contratto;
- le visite, le cure e le protesi odontoiatriche nonché le paradontopatie, tranne quanto previsto all'Art. 5 -Prestazioni E);
- le patologie psichiatriche, le psicosi in genere, le sindromi caratteriali, le sindromi depressive, tranne quanto previsto all'Art. 5 - Prestazione M) , con esclusione dei casi che comportano intervento chirurgico;
- le spese per la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici, tranne quanto previsto all'Art. 5 Prestazioni E).

Art. 7 -Persone non assicurabili

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

Art. 8 – Periodo di assicurazione

Il presente contratto decorre dalle ore 24 del 31.12.2013 fino alle ore 24 del 31.12.2016, e cesserà automaticamente alla scadenza del 31.12.2016 senza obbligo di disdetta da ambo le Parti. Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di recedere dal contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi tre mesi prima della suddetta scadenza.

Art. 9 - Prestazioni sanitarie nell'imminenza della scadenza del contratto

Le spese sostenute per prestazioni avvenute dopo la scadenza del contratto relative a quanto previsto all'Art. 5 Prestazioni, punti A), B) e G) sono rimborsabili soltanto se il ricovero, 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. 5 - Prestazioni, punti D), E), H) , I), L) , M) e N) sono rimborsabili esclusivamente se si riferiscono a prestazioni effettuate entro la validità del contratto. In nessun caso una spesa sostenuta oltre 90 giorni dalla scadenza del contratto sarà rimborsabile dalla Società.

Art. 10 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 11 –Sinistri

11.1 Modalità di erogazione delle prestazioni assicurative- Procedure, denuncia e obblighi dell'assicurato

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

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

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

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

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

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

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

11.2 - Obblighi dell' Assicurato

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

L'Assicurato deve inoltre:

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

11.3 - Controversie

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

11.4 – Data del sinistro

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

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

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

Art. 12 - Rinuncia al diritto di rivalsa

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

Art. 13 - Forma delle comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato alla Società.

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere effettuate con raccomandata, telegramma, fax o PEC . Le variazioni dei nominativi assicurati possono anche essere effettuate via email.

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 – 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 premio, che l'Assicurato in questione abbia realmente versato l'importo relativo alla copertura assicurativa. Il calcolo del premio sarà effettuato dall'effettivo inizio della copertura e fino al termine della relativa annualità

Art. 17 - Effetto dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 31.12.2013 per tutte le persone che risulteranno inserite nell'elenco di cui all'Allegato 1 alla presente polizza, per le persone che verranno successivamente incluse a seguito di promozione o di nuova assunzione, la copertura decorrerà dalla data di tale eventi.

Art. 18 - Premio -Regolazione del premio -Variazione delle persone assicurate

Il premio lordo annuo è stabilito come segue:

€..... per ogni dirigente;

€.....per ogni familiare

Il premio di polizza è stabilito inizialmente sulla base dei nuclei familiari che risultano dall'Allegato 1. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, il premio o la prima rata di premio deve essere pagato entro 60 giorni dalla data di consegna della polizza al Contraente in deroga dell'art. 1901 c.c. ; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Se la Contraente non paga le rate di premio successive alla prima, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quelle della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

L'assicurazione vale per le persone comunicate dalla Contraente secondo quanto indicato nell'Art. 2 - Assicurati, qualora esista il rapporto di lavoro dipendente con la Contraente. Le inclusioni che si verificheranno nel corso di ciascun periodo assicurativo, dovranno essere comunicate dalla Contraente alla Società entro i cinque giorni successivi alla fine di ciascun mese di riferimento e avranno validità dal momento in cui per ogni Assicurato matura il diritto alla copertura:

- per il dirigente dalla data di assunzione o di promozione;
- per il coniuge e i figli dalla data valida ai fini civilistici;

Qualunque sia la data di inclusione di un nuovo Assicurato, il massimale non subisce riduzioni.

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

- l'intero premio annuo per i dipendenti neoassunti (compresi i relativi nuclei familiari) e inseriti in polizza nel corso del primo semestre dell'anno assicurativo;
- il 60% dell'intero premio annuo per i dipendenti neoassunti (compresi i relativi nuclei familiari) e inseriti in polizza nel corso del secondo semestre dell'anno assicurativo.

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

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

Art. 19 – Foro Competente

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

Art. 20 - Clausola Broker

L'Ente Contraente dichiara di avere affidato la gestione del contratto alla Aon S.p.A., in qualità di Broker ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i..

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente

stesso. Gli Assicuratori inoltre riconoscono che il pagamento dei premi fatto per il tramite del Broker sopra designato è liberatorio per il Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. Il Broker tratterrà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza nella misura **dell'12%** (dodici per cento) sul premio imponibile.

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, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo per l'eventuale periodo poliennale residuo.

Parimenti, il corrispettivo per il servizio di brokeraggio corrisposto dalla Società spetterà al Broker subentrante a far tempo dalla prima scadenza 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. 21 - Tracciabilità dei flussi finanziari e clausola risolutiva espressa

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

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

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

Art. 22 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società si impegna a fornire, a richiesta del Contraente, entro 180 giorni da ciascuna scadenza annuale l'andamento dei sinistri.

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. 23 - Criteri di Liquidazione

In tutti i casi in cui la copertura assicurativa opera in forma rimborsuale, la Società si impegna a liquidare i sinistri entro 45 gg. dalla presentazione della documentazione completa attinente la pratica (copia di documentazione medica, copia fotostatica della documentazione di spesa, da cui risulti il relativo quietanzamento, ed eventuale documentazione specifica richiesta).

Art. 24 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 25 – Coassicurazione e delega

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

Pertanto la firma apposta dalla Direzione o Agenzia della Società Delegataria sul Documento di Assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle Coassicuratrici

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice risulta dall'apposito prospetto inserito in polizza. Tutte le comunicazioni inerenti il contratto, nessuna esclusa, s'intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria in nome e per conto di tutte le Coassicuratrici, ivi comprese citazioni e notificazioni di carattere processuale. La Società Delegataria è incaricata dalle Società Coassicuratrici dell'intera gestione della polizza di assicurazione, ivi compresi, ad esempio, l'esazione dell'intero premio, il rilascio quietanze, la liquidazione ed il pagamento dei danni.

Si dà e si prende atto che non vi è responsabilità solidale tra le Società Coassicuratrici.

Art. 26 - SERVIZI

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

Art. 26.1 – Centrale Operativa

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

Art. 26.2 – Informazioni sanitarie tramite internet

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

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

Art. 26.3 – Gestione richieste rimborso sinistri per via elettronica

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

Art. 27 - Clausola di raccordo

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

Pertanto, qualora per una delle polizze venga esercitato da parte della Società il diritto di recesso ai sensi delle condizioni contrattuali, la Contraente/Azienda Associata potrà richiedere la risoluzione automatica e con la medesima data di effetto anche per gli altri contratti del medesimo lotto. In tali casi la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso di ciascuna polizza.

L'ASSICURATO

LA SOCIETÀ