

Capitolato polizza Spese Sanitarie

Garanzie Integrative



SOMMARIO

SEZIONE A - PREMESSA	4
SEZIONE B - CONDIZIONI GENERALI	4
B. 1 DEFINIZIONI	4
SEZIONE C - PERSONE ASSISTITE E LORO INCLUSIONE	5
C.1 - SOGGETTI AVENTI DIRITTO AL SERVIZIO	5
C.2- REGOLE DI ADESIONE E PREMI.....	6
SEZIONE D –OGGETTO E DELIMITAZIONE DEL SERVIZIO	6
D.1 - ESTENSIONI TERRITORIALI	6
D.2 - LIMITE DI ETÀ	6
D.3 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	7
D.3.1) Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche	7
D.3.1.2) Trasformabilità della prestazione: Indennità sostitutiva	8
D.3.2 - VISITE SPECIALISTICHE	8
D.3.4 – CURE DENTARIE.....	9
D.4 - TERMINI DI ASPETTATIVA E DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI.....	9
D.5 - DURATA E DECORRENZA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVE.....	9
D.6 - CENTRI CONVENZIONATI	9
D.7- LIMITI DELLE PRESTAZIONI.....	10
D.10 - PERSONE NON ASSICURABILI.....	10
SEZIONE E- NORME IN CASO DI SINISTRO E RIMBORSO DELLE INDENNITA'	11
E.1 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE.....	11
E.1.1. - Liquidazione della garanzia Indennità di Ricovero Ospedaliero.....	11
E.1.2 – Prestazioni in strutture convenzionate con la Società	11
E.1.3. – Prestazioni in strutture non convenzionate con la Società	12
E.1.4 – Prestazioni fornite dal servizio sanitario nazionale	12
E.2 - REPORTISTICA PRESTAZIONI E SINISTRI.....	12
E.3 - PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE	13
E.4 - CONTROVERSIE.....	13
E.5 - CLAUSOLA BROKER.....	13
E.6- IMPOSTE	13
E.7. – FORO COMPETENTE.....	14
Allegato 1- GRAVI MALATTIE	15

SEZIONE A - PREMESSA

Il presente Capitolato Tecnico disciplina gli aspetti tecnico-giuridici della fornitura dei servizi di assistenza sanitaria integrativa ad adesione volontaria, a favore del personale iscritto all'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria di seguito indicata alternativamente come "Amministrazione", ovvero "Ente", ovvero "Committente".

I dati anagrafici degli assistiti verranno forniti dall'Ente su supporto informatico secondo le modalità previste al paragrafo C1 - Soggetti aventi diritto al servizio.

SEZIONE B - CONDIZIONI GENERALI

B. 1 DEFINIZIONI

Nel corpo del presente Capitolato Tecnico, ivi compresi l'Elenco 1 – Gravi Malattie e l'Elenco 2 – Grandi Interventi Chirurgici, viene convenzionalmente attribuito ai seguenti termini il significato di seguito precisato:

Per Amministrazione Contraente o anche solo Ente o Committente	ENTE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA LARGO LUIGI DAGA n. 2 - 00164 ROMA
Per Assistito/Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dal presente capitolato, come previsto dal paragrafo <u>C.1 - Soggetti aventi diritto al servizio</u>
Per Fornitore, Assicuratore, Società	L'aggiudicatario della gara, ovvero l'Impresa o il Raggruppamento Temporaneo di Imprese o il Consorzio che assumerà il rischio delle prestazioni oggetto del presente capitolato.
Per Assicurazione	Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Committente
Per Periodo di prestazione del servizio	Dalle ore 00.00 del primo giorno di decorrenza del contratto fino alle ore 24.00 dell'ultimo giorno di validità dello stesso
Diaria giornaliera	Indennizzo giornaliero erogato dal Fornitore in caso di ricovero comportante pernottamento o in regime di Day – Hospital sia medico che chirurgico.
Massimale	La massima spesa rimborsabile per l'Assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che diano diritto al rimborso nell'annualità assicurativa.
Broker	L'intermediario che ha ricevuto l'incarico dall'Ente per l'assistenza nella stipulazione, gestione ed esecuzione del contratto di assicurazione.
Per Corrispettivo/Premio	L'importo dovuto dall'Amministrazione Contraente al Fornitore.
Per Indennità / indennizzo	La somma dovuta dal Fornitore in caso di prestazione/ sinistro.
Per Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
Per Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Per Grave malattia	Ogni malattia indicata nell'Elenco 1 – Gravi malattie
Per Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro
Per Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Per Intervento chirurgico	Atto terapeutico realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature ad essi alternativi, compreso l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni. Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo.
Per Grande intervento chirurgico	Ogni intervento chirurgico indicato nell' Allegato 2 – Grandi interventi chirurgici.
Per Nucleo Familiare	Il coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti dallo stato di famiglia o fiscalmente a carico.
Per Nucleo Familiare	Ai fini della presente polizza si intende il coniuge o convivente more uxorio e figli come risultante da Stato di Famiglia. Si intendono inoltre compresi i figli non conviventi, purché fiscalmente a carico ed i figli del solo coniuge o convivente more uxorio, purché conviventi.
Per Ricovero	La degenza, comportante pernottamento, in Istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.
Per Day hospital	La degenza esclusivamente diurna, documentata da cartella clinica, in Istituto di Cura.
Per Istituto di Cura	Ogni struttura sanitaria, pubblica o privata, (ospedale, clinica, casa di cura o Istituto universitario), regolarmente autorizzata, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna; non sono considerati "Istituti di Cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Per Centro convenzionato	Istituto di Cura (centro) che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti, in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto nel presente capitolato, direttamente dal Fornitore.
Per Franchigia	L'importo predeterminato in misura fissa, che, in caso di sinistro secondo modalità precisate nel capitolato, resta a carico dell'Assicurato. Qualora venga espresso in giorni, è il numero di giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo contrattualmente garantito.
Per Scoperto	L'importo espresso in valore percentuale che, in caso di sinistro secondo le modalità precisate nel capitolato, resta a carico dell'Assistito.

SEZIONE C - PERSONE ASSISTITE E LORO INCLUSIONE

C.1 - SOGGETTI AVENTI DIRITTO AL SERVIZIO

Il servizio è prestato in favore dei soggetti già in possesso della copertura base appartenenti alle categorie sotto riportate, indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assistiti:

- a) personale appartenente al Corpo di Polizia Penitenziaria iscritto all'Ente e proprio Nucleo Familiare
- b) personale dirigenziale e amministrativo iscritto all'Ente e proprio nucleo Familiare;
- c) personale suindicato in distacco sindacale o che risulti in distacco/comando/aspettativa iscritto all'Ente e proprio Nucleo Familiare
- d) Personale in quiescenza appartenente ad una delle suindicate categorie e proprio nucleo familiare.

C.2- REGOLE DI ADESIONE E PREMI

La garanzia assicurativa è valida per gli assicurati nominativamente indicati nel documento di polizza o appendice relativa.

La richiesta di adesione dovrà pervenire al Broker entro 45 giorni da ciascuna decorrenza annuale con effetto retroattivo alla data di decorrenza annuale.

In caso di mancato rinnovo annuale dell'adesione, non sarà più possibile aderire in occasione dei successivi rinnovi.

Le richieste di inclusione di nuovi Assicurati in corso di garanzia saranno possibili solo nei seguenti casi:

- variazione in corso di anno dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza e nuove nascite;
- neoassunti.

In tali casi la scheda di adesione dovrà pervenire al broker entro il 30 del mese successivo a quello di variazione dello stato di famiglia o di assunzione o trasferimento, pena la decadenza del diritto.

Contestualmente dovrà essere inviata la documentazione comprovante il versamento del relativo premio.

La decorrenza della garanzia sarà quella della data di ricezione della domanda.

Ai fini del pagamento del premio resta inteso che:

- se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno assicurativo la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno assicurativo verrà corrisposto il 60% del premio annuo.

I premi previsti per le adesioni sono i seguenti:

- Premio annuo Lordo per l'adesione del solo soggetto assicurato alla polizza Base: € 300
- Premio annuo Lordo per l'adesione del soggetto assicurato alla polizza Base più relativo Nucleo: € 530
- Premio annuo Lordo per l'adesione del solo soggetto assicurato alla polizza Base in quiescenza: € 345
- Premio annuo Lordo per l'adesione del soggetto assicurato alla polizza Base in quiescenza più relativo Nucleo: € 610

SEZIONE D –OGGETTO E DELIMITAZIONE DEL SERVIZIO

D.1 - ESTENSIONI TERRITORIALI

Il servizio è operante nel mondo intero.

I rimborsi di spese sostenute all'estero verranno effettuati in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assistito, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

D.2 - LIMITE DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni.

Nel caso di compimento dell'80° anno di età durante il corso dell'annualità assicurativa la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale.

D.3 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e/o infortunio, occorsi successivamente all'adesione, per le seguenti prestazioni:

D.3.1) Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

La Società, rimborsa le spese rese necessarie da malattia o infortunio, verificatisi nell'anno assicurativo, e sostenute in caso di:

A) Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio:

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 60 e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni 30 per annualità assicurativa;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, *col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero*;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e successivo ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), *col massimo di € 2.000 per intervento o ricovero*.

In caso di parto con taglio cesareo la Società rimborsa le seguenti spese comprese quelle per il neonato, *fino a concorrenza del limite di € 10.000 per annualità assicurativa*:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, *col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero*.

In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma *fino ad un massimo di € 1.600*.

B) ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico per:

- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed

- accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, *col massimo di € 1.100 per ricovero.*

C) ricovero per parto senza taglio cesareo, fino a concorrenza del limite di € 3.000 per annualità assicurativa (comprese le spese per il neonato), per:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero,
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, *col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero.*

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).

La garanzia di cui al presente articolo è prestata fino al massimale di euro 100.000 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare

D.3.1.2) Trasformabilità della prestazione: Indennità sostitutiva

Qualora il ricovero o la degenza in regime di Day hospital avvenga in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) - esclusi eventuali ticket - la Società corrisponderà una indennità sostitutiva pari a Euro 100 per un massimo di 150 giorni:

- integralmente per ogni pernottamento in istituto di cura;
- al 50 % nel caso di Day Hospital.

Le eventuali spese collegate all'intervento elencate all'art. 4.1 saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di contratto.

La presente garanzia non è cumulabile con la garanzia "ricovero per Gravi Malattie e Grandi Interventi Chirurgici" di cui all'art D.3.1 del Capitolato Base.

D.3.2 - VISITE SPECIALISTICHE

La Società rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio **per** onorari dei medici per visite specialistiche (escluse comunque le visite pediatriche non richieste dal medico di base del bambino, odontoiatriche ed ortodontiche) intendendosi per tali quelle effettuate da medico fornito di regolare specializzazione conseguita presso la facoltà di medicina e chirurgia;

La presente garanzia è operante fino a concorrenza del massimale DI Euro 1.500 da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare e potrà essere fruita esclusivamente presso medici convenzionati con la Compagnia senza l'applicazione di franchigie e/o scoperti.

Eventuali ticket sanitari sostenuti per le suindicate prestazioni verranno rimborsati al 100%

D.3.4 – CURE DENTARIE

L'assicurato potrà effettuare presso dentisti convenzionati con la Società le seguenti prestazioni:

- cure odontoiatriche, acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche;
- cure ed apparecchi ortodontici;

fino alla concorrenza del massimale di Euro 500 per anno e per nucleo.

Per tutte le prestazioni verrà applicato lo scoperto del 20% per sinistro.

In mancanza di struttura convenzionata in prossimità della dimora dell'assicurato e previa autorizzazione della Centrale operativa, sarà possibile utilizzare una struttura non convenzionata per la prestazione, senza ulteriore aggravio per l'assicurato.

D.4 - TERMINI DI ASPETTATIVA E DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI

Il servizio ha durata di mesi 36 dalla data di sottoscrizione del Contratto.

In caso di:

- risoluzione del Contratto
- scadenza del Contratto

Il fornitore liquida comunque quanto dovuto, secondo le garanzie previste, al termine dell'evento e/o ricovero, qualora – entro la data di risoluzione/scadenza del Contratto – l'infortunio si sia già verificato, ovvero si sia già evidenziata, ancorché nelle sue manifestazioni iniziali, la patologia e ne sia data comunicazione al Fornitore.

D.5 - DURATA E DECORRENZA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVE

Il servizio di assistenza sanitaria integrativa avrà validità di mesi 36 dalla data di sottoscrizione del Contratto. Tale termine viene stabilito con effetto dalle ore 24.00 del **xxxxxx** alle ore 24.00 del **xxxx**.

Trova in ogni caso applicazione l'articolo 106 co. 11 del D.Lgs 50/2016, per cui la durata del presente Contratto può essere prorogata per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione di un nuovo contraente. In tal caso il Fornitore è tenuto all'esecuzione delle prestazioni previste nel presente contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni o più favorevoli per la Committente.

D.6 - CENTRI CONVENZIONATI

Il Fornitore deve fornire un servizio di accesso ad una rete di centri convenzionati nei quali gli Assistiti possono effettuare prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche e ricoveri e cure dentarie.

Il Fornitore dovrà rendere disponibile alla data di stipula del Contratto: una rete convenzionata, presente nel territorio Nazionale, di strutture atte a garantire la prenotazione diretta delle prestazioni oggetto del servizio di cui al presente Capitolato Tecnico pari ad almeno 180 strutture per i ricoveri; di cui almeno 1 per di regione.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito nel caso di utilizzo di strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, vengono liquidate direttamente dal Fornitore alle strutture stesse, ad eccezione delle franchigie eventualmente previste e delle spese per servizi non previsti e fermo restando quanto disciplinato dal presente Capitolato Tecnico.

D.7- LIMITI DELLE PRESTAZIONI

Sono esclusi dal servizio i rimborsi per:

- a) le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad "esaurimento nervoso";
- b) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- c) ricoveri e le cure in genere dovuti a sindrome da immuno-deficienza acquisita (A.I.D.S.);
- d) le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del Contratto;
- e) le prestazioni di carattere dietologico ed estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- f) le terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza e della sterilità, nonché quelle rientranti nell'ambito della fecondità assistita;
- g) l'agopuntura non effettuata da medico;
- h) l'aborto volontario;
- i) gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- j) l'acquisto, la manutenzione, la riparazione e la sostituzione di apparecchi protesici salvo quanto previsto dal paragrafo D.2 - Oggetto dei servizi di assistenza sanitaria integrativa;
- k) le conseguenze di esposizioni a forme di radioattività artificiale, salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- l) gli infortuni imputabili a stato di ubriachezza qualora alla guida di veicoli, a influenza di sostanze stupefacenti o simili, od in conseguenza di illeciti commessi dolosamente dall'Assistito;
- m) gli infortuni derivanti da guerre ed invasioni. Le garanzie comprendono tuttavia gli infortuni derivanti da stato di guerra, anche non dichiarata, per il periodo massimo di 14 giorni all'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assistito risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

D.10 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei.

In ogni caso l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi, con obbligo della Società di restituire la parte di premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali.

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di 80 anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla Società nel momento in cui si dovesse verificare.

In ogni caso l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale successiva per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

SEZIONE E- NORME IN CASO DI SINISTRO E RIMBORSO DELLE INDENNITA'

E.1 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Si precisa che nel caso di uno o più sinistri dipendenti dallo stesso evento (malattia o infortunio) che interessi più prestazioni, la Società rimborserà l'importo massimo, per sinistro e per anno, indicato nelle singole garanzie salvo l'applicazione di eventuali scoperti e franchigie in esse previste.

E.1.1. - Liquidazione della garanzia Indennità di Ricovero Ospedaliero

Per ottenere la corresponsione dell'indennità giornaliera prevista in polizza, nonché il rimborso delle spese sostenute nei 45 giorni precedenti e successivi il ricovero con intervento chirurgico l'Assicurato deve inviare direttamente all'Assicuratore il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria utile alla liquidazione del sinistro.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dall'assicuratore e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Il fornitore effettua il pagamento dell'indennità direttamente all'Assicurato entro 30 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della documentazione sanitaria, sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

L'indennità verrà corrisposta in Euro.

E.1.2 – Prestazioni 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 il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa (fatture e ricevute) a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extra ricovero l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti. La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

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 effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità previste al paragrafo E.1.3. In mancanza di struttura convenzionata in prossimità della dimora dell'assicurato, previa autorizzazione della Centrale operativa, tutte le spese verranno liquidate con le modalità previste al paragrafo E.1.3, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'assicurato.

E.1.3. – Prestazioni in strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare alla Società, per il tramite del broker, il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra ricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della copia della documentazione di spesa (distinte e ricevute), debitamente quietanzata.

L'Assicurato potrà effettuare le richieste di rimborso e caricare le copie della documentazione di spesa tramite il portale messo a disposizione dal broker. Il portale dovrà consentire il caricamento delle copie pdf delle fatture e della documentazione medica, nonché consentire all'Assicurato di verificare lo stato di lavorazione delle pratiche e l'aggiornamento della propria anagrafica compreso l'indicazione dell'Iban su cui effettuare i rimborsi.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un Ente assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente assistenziale o dal Servizio Sanitario Nazionale. Ovviamente dal rimborso verrà detratto quanto riconosciuto dai suddetti enti.

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 30 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia in Euro.

E.1.4 – Prestazioni fornite dal servizio sanitario nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extra ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assicurato vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente punto "Prestazioni in strutture non convenzionate con la Società".

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 30 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

E.2 - REPORTISTICA PRESTAZIONI E SINISTRI

Il fornitore al termine di ogni semestre/anno, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire

dalla data di decorrenza della polizza. Tale elenco, che dovrà essere fornito in formato Excel tramite file modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura) e riportare il riepilogo delle prestazioni erogate. Resta inteso che tutti i dati relativi ai sinistri, richiesti nel presente paragrafo, dovranno essere trasmessi ufficialmente dalla Società sia in formato elettronico che in formato cartaceo.

E.3 - PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio di perfezionamento viene versato dalla Contraente entro 90 giorni dalla data di decorrenza del contratto, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se non vengono pagati i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del novantesimo ° giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme restando le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del codice civile.

I premi devono essere corrisposti alla Società per il tramite del Broker a cui è affidata la gestione del contratto.

E.4 - CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, le parti possono conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede presso il capoluogo della Regione dove dimora abitualmente l'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

E.5 - CLAUSOLA BROKER

L'Ente di assistenza dichiara di avere affidato la gestione del contratto ad un Broker ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società da atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente stesso. La Società inoltre riconosce 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.

E.6- IMPOSTE

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente per le parti di rispettiva competenza.

E.7. – FORO COMPETENTE

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente “E.4 – Controversie” è competente il Foro di Roma.

Allegato 1- GRAVI MALATTIE

- INFARTO DEL MIOCARDIO** Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.
- CORONAROPATIA** Malattia che determini intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie q coronarie, con innesto di by-pass o richieda tecniche non chirurgiche, quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.
- ICTUS CEREBRALE** Accidenti cerebro-vascolari aventi (colpo apoplettico) ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implichino morte di tessuto cerebrale con esiti disfunzionanti accertati.
- MALATTIA ONCOLOGICA** Ogni stato di malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna (quest'ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico.

Allegato 2 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

COLLO

Gozzo retrosternale con mediastinotomia.
Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

ESOFAGO

Interventi con esofagoplastica.
Gastroectomia totale.
Gastroectomia allargata.
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria.
Intervento per fistola gastro-digiunocolica.
Mega-esofago e esofagite da reflusso.
Cardioplastica.

INTESTINO

Colectomia totale.

RETTO - ANO

Interventi per neoplastie per retto-ano per via addominoperineale.
Atresia dell'ano con fistola retto uretrale o retto vulvare.
Operazione per megacolon.
Proctocolectomia totale.

FEGATO

Derivazioni biliodigestive.
Interventi sulla papilla di Water.
Reinterventi sulle vie biliari.
Interventi chirurgici per ipertensione portale.

PANCREAS - MILZA

Interventi per pancreatite acuta.
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche.
Interventi per pancreatite cronica.
Interventi per neoplasie pancreatiche.

INTERVENTI SUL POLMONE

Tumori della trachea.

CARDIOCHIRURGIA

Interventi a cuore aperto per:

- Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi.
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale.
- Correzione impianto anomalo coronarie.
- Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica.
- Correzione canale atrioventricolare completo.
- Finestra aorto-polmonare.
- Correzione di:

ventricolo unico;

ventricolo destro a doppia uscita;

truncus arteriosus;

coartazione aortiche di tipo fetale;

coartazione aortiche multiple o molto estese;

stenosi aortiche infundibulari;

stenosi aortiche sopravalvolari;

trilogia di Fallot;

tetralogia di Fallot;

atresia della tricuspide;

pervietà interventricolare ipertesa;

pervietà interventricolare con "debanding";

pervietà interventricolare con insufficienza aortica.

- Sostituzioni valvolari multiple.
- By-pass aortocoronarici multipli.
- Sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico.
- Aneurismi aorta toracica.
- Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio.
- Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto.
- Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici.
- Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale.

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale.

Asportazione tumori dell'orbita.

Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.).

Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose).

Emisferectomia.

Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sui divis per via anteriore.

Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto.

Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo.

Asportazione di processi espansivi del rachide extra-introdurali extramidollari.

Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi etc.).

Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica.

Somatotomia vertebrale.

Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica.

CHIRURGIA VASCOLARE

Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale.
Trattamento chirurgico dell'ipertensione portale.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti. Resezioni del sacro.
Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari.
Disarticolazione interscapolo toracica.
Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec.
Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto.
Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made".
Emipelvectomy.
Emipelvectomy "interne" sec.
Enneking con salvataggio dell'arto.
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca.
Vertebrotomia.
Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi.
Uncoforaminotomia.
Corpectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale.
Artrodesi per via anteriore.
Interventi per via posteriore con impianti.
Interventi per via anteriore senza impianti.
Interventi per via anteriore con impianti.

UROLOGIA

ESWL (litolissia extracorporea con onde d'urto).
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia.
Ileo bladder.
Cistoprostatovesicoclectomia con neovescica rettale.
Cistoprostatovesicoclectomia con ileo bladder.
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali.
Cistoprostatovesicoclectomia con ureteroileoureteroanastomosi.
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale.
Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale.

GINECOLOGIA

Isterectomia radicale cori linfadenectomia per tumori maligni per via addominale.
Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale.
Intervento radicale per carcinoma ovarico.

TRAPIANTI DI ORGANI

Tutti.