

POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE

La presente polizza è stipulata tra

Il Fondo Sanitario
CASSA Salute Più

ASSOCIATO
POLITECNICO di TORINO

e

UNISALUTE SPA

SEZIONE I – NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO

1. DEFINIZIONI

Accertamento diagnostico

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

Accompagnatore

La persona che assiste l'Assicurato permanendo all'interno dell'istituto di cura e sostenendo spese di carattere alberghiero (vitto e pernottamento).

Assicurato

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

- il Personale Tecnico Amministrativo del Politecnico di Torino,
- su richiesta eventuale e facoltativa e con costi a proprio carico, il Personale Docente del Politecnico di Torino
- su richiesta eventuale e facoltativa e con costi a proprio carico, il nucleo familiare del Personale Tecnico Amministrativo del Personale Docente del Politecnico di Torino

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assistenza infermieristica

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

Associato

Politecnico di Torino

Contraente

Il Fondo Sanitario “**CASSA SALUTE PIU’**” individuato dalla Compagnia Assicuratrice e necessariamente Iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 Marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 - che stipula la polizza per conto dell'Associato

Day Hospital

Degenza in Istituto di Cura in esclusivo regime diurno.

Difetto fisico

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

Dipendente

Il soggetto che svolge attività lavorativa alle dipendenze del Politecnico di Torino, compresi i Docenti.

Docente

Docenti Ordinari e Associati, Ricercatori a tempo determinato e indeterminato.

Franchigia

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

Indennità sostitutiva

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

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

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

Interventi chirurgici

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

Istituto di cura

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

Malattia

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

Malformazione

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

Massimale

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

Nucleo familiare

Il coniuge o il convivente "more uxorio" ed i figli conviventi o non conviventi purché fiscalmente a carico o nei cui confronti vi sia l'obbligo del mantenimento.

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura, comportante almeno un pernottamento.

Scoperto

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

Sinistro

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

Società

Compagnia di Assicurazioni.

Struttura sanitaria convenzionata

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

Visita specialistica

La visita effettuata da medico fornito di specializzazione.

2. SOGGETTI ASSICURATI

L'Assicurazione è operante per il Personale Tecnico Amministrativo del Politecnico di Torino. È data facoltà al Dipendente di estendere la copertura sanitaria al proprio Nucleo familiare, così come identificato nelle "Definizioni", con costo a proprio carico.

È altresì riconosciuta la facoltà al Personale Docente di aderire al Piano Sanitario con costi a proprio carico.

3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

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

1 Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società

2 Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

3 Servizio Sanitario Nazionale

La Società assicura, per gli infortuni e le malattie, fino alla concorrenza dei massimali indicati per anno e per nucleo familiare, il rimborso delle spese:

a. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che comporti intervento chirurgico:

- per gli onorari del Chirurgo, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, cure omeopatiche e esami e accertamenti diagnostici durante il periodo del ricovero o in ambulatorio per l'intervento chirurgico
- rette di degenza;
- per il trasporto dell'Assicurato, dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di € 2.600,00 per ricovero.

Per prestazioni effettuate in convenzionamento verrà applicata una franchigia di € 1.000 euro per singolo ricovero in Istituto di cura e di € 500 per singolo ricovero in ambulatorio.

Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del **15%** con il minimo di € 1.500,00 per ricovero.

b. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio* che non comporti intervento chirurgico:

- per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, cure omeopatiche e esami e accertamenti diagnostici durante il periodo del ricovero ~~e sostenuti in ambulatorio per l'intervento chirurgico~~ - per il trasporto dell'Assicurato, dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di € 2.600,00 per ricovero.

Per prestazioni effettuate in convenzionamento verrà applicata una franchigia di € 1.000 euro per singolo ricovero in Istituto di cura e di € 500 per singolo ricovero in ambulatorio.

Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del **15%** con il minimo di € 1.500,00 per ricovero.

* si integra il suddetto articolo, con la risposta **del 20/09/2021** a Quesito di Gara (CIG: 8865160177) **nr 2, comma 2):**

Capitolato Speciale d'Oneri

2) Al punto "a. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che comporti intervento chirurgico" e al punto "b. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che non comporti intervento chirurgico", dell'art. "3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE", a pag. 5, si chiede conferma che le uniche prestazioni ambulatoriali erogabili nell'ambito del ricovero siano gli interventi chirurgici ambulatoriali.

2) si conferma con riferimento al solo punto "a";

c. in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico di cui ai precedenti punti a. e b. la Società rimborsa **inoltre** le spese:

- sostenute per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei Medici) effettuati nei 120 giorni precedenti e relativi all'intervento stesso;
- rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali e prodotti omeopatici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuate nei 120 giorni successivi al ricovero;
- per cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuate nei 120 giorni successivi al ricovero e rese necessarie dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

La garanzia s'intende prestata fino ad un massimo di Euro 5.000.00 per ricovero con applicazione di uno scoperto del **15%** con il minimo di € 35,00 per prestazione.

➤ Relativamente al parto cesareo avvenuto in Istituto di cura, la garanzia s'intende prestata fino ad un massimo di € 10.000,00 per evento. Nel massimale previsto per il parto cesareo sono comprese le rette di degenza, gli onorari medici, assistenza infermieristica, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti anche per il neonato. Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del **15%** con il minimo di € 1.000,00 per evento.

➤ Relativamente al parto non cesareo avvenuto in Istituto di cura, la garanzia s'intende prestata fino ad un massimo di € 2.100,00 per evento. Nel massimale previsto per il parto non cesareo sono comprese le rette di degenza, gli onorari medici, assistenza infermieristica, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti anche per il neonato. Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del **15%** con il minimo di € 1.000,00 per evento.

si integra il suddetto articolo, con la risposta **del 20/09/2021** a Quesito di Gara (CIG: 8865160177) **nr 2, comma 3):**

Capitolato Speciale d'Oneri

3) Al punto "a. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che comporti intervento chirurgico" e al punto "b. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che non comporti intervento chirurgico", dell'art. "3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE", a pag. 5, si legge che "Per prestazioni effettuate in convenzionamento verrà applicata una franchigia di € 1.000 euro per singolo ricovero in Istituto di cura e di € 500 per singolo ricovero in ambulatorio". Relativamente al parto cesareo e al parto non cesareo si legge "Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 1.000,00 per evento". Si chiede conferma dell'interpretazione per cui in caso di convenzionamento, le prestazioni relative a parto cesareo e parto non cesareo saranno liquidate con l'applicazione di una franchigia di € 1.000€.

3) si conferma;

- Relativamente agli interventi chirurgici finalizzati alla correzione della miopia (con metodica LASER ad eccimeri, PRK e/o LASIK), la garanzia s'intende prestata fino ad un massimo di **€ 2.500,00** per singolo occhio, per anno assicurativo e per nucleo familiare. Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 15% con il massimo di € 4.000,00 per evento.

si integra il suddetto articolo, con la risposta **del 20/09/2021** a Quesito di Gara (CIG: 8865160177) **nr 2, comma 5):**

Capitolato Speciale d'Oneri

5) Con riferimento agli interventi chirurgici finalizzati alla correzione della miopia all'art. 3 lettera c) a pag. 6 si legge "[...] la garanzia s'intende prestata fino ad un massimo di € 1.100,00 per singolo occhio, per anno assicurativo e per nucleo familiare [...]". Si chiede conferma che si intenda un massimale di 2.200€ per anno assicurativo e nucleo familiare.

5) si conferma.

Si precisa che in sede di offerta tecnica il massimale di €1.100,00 è stato portato ad € 2.500,00

Inoltre la Società, nell'ambito del massimale previsto per il caso di ricovero, rimborsa le spese sostenute per:

- **day hospital** - la garanzia ricovero s'intende estesa anche al caso in cui la degenza avvenga in regime di "day hospital" (degenza diurna); pertanto si precisa che:
- nei casi di degenza diurna con intervento chirurgico vale il massimale stabilito per la garanzia di cui al precedente punto **a.** del presente articolo;
- nei casi di degenza diurna senza intervento chirurgico viene stabilito un sottolimito annuo di € 7.750. Sono comunque escluse le prestazioni relative alle "cure termali";
- **trapianti - donatore** prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore, nel caso di trapianti di organi o parti di essi. Per le donazioni da viventi sono comprese le prestazioni sanitarie durante il ricovero riferite al donatore;
- **prima e dopo ricovero; ricoveri per trapianti - terapie antirigetto** - prestazioni sanitarie fuori ricovero rese necessarie da trapianti di organi o parti di esse effettuate nei 180 giorni prima e dopo il ricovero, compresi i trattamenti mirati alla prevenzione del rigetto;

- **vitto e pernottamento** in Istituto di cura di un accompagnatore dell'Assicurato fino alla concorrenza di € 36,00 giornaliera e con il limite massimo di € 775,00 per ciascun anno assicurativo. In caso di indisponibilità del pernottamento presso l'Istituto di Cura saranno rimborsate (nei limiti previsti) le spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso strutture alberghiere previa dichiarazione del medico attestante la necessità dell'assistenza al malato e dichiarazione di indisponibilità del pernottamento da parte dell'Istituto di Cura.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie sopraindicate sub lett. A), B e C) corrisponde a € 50.000,00 per persona. In caso di estensione della copertura al nucleo familiare il suddetto massimale annuo è da intendersi per nucleo.

d. in caso di cure domiciliari ed ambulatoriali purché pertinenti all'evento denunciato (visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio): la Società rimborsa le spese sostenute

- per onorari medici, purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici;
- per trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché effettuati in regime di convenzionamento e prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo;
- per noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici;
- per accertamenti diagnostici e le analisi di laboratorio prescritti dal Medico curante;
- per medicinali da banco, prodotti omeopatici e galenici purché prescritti dal Medico di Medicina Generale (su ricetta bianca o rossa/elettronica a seconda che il farmaco sia o non sia riconosciuto dal SSR), con l'esclusione di quelli relativi a fini estetici e dell'igiene personale. Relativamente ai prodotti non ben identificati, nella prescrizione fatta dal Medico di Medicina Generale o dal Medico Specialista, dovrà essere precisato che non sono a fine estetico e/o per l'igiene; a tale scopo l'Assicurato dovrà presentare congiuntamente:
 - a) la ricetta medica in originale o in copia riportante il nominativo dell'assicurato e la diagnosi;
 - b) lo scontrino farmaceutico fiscale con l'indicazione del nome del farmaco acquistato e lo scontrino non fiscale, qualora il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente sul precedente.

Qualora il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente su alcuna tipologia di scontrino, ai fini del rimborso, sarà comunque valida l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale. I medicinali sono rimborsati al 100%;

- per assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal Medico curante, con il limite di € 36,00 giornaliera.

Saranno ammesse a rimborso solo le notule riportanti la diagnosi.

La garanzia viene prestata sino ad un massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare di € **50.000,00** con il sottolimito per i medicinali di € **350,00**; i medicinali sono rimborsati al 100%.

Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo di € **50,00** per prestazione.

Per prestazioni effettuate in convenzionamento verrà applicata una franchigia di € 30 per prestazione.

N.B.: il limite massimo per la presente copertura è fissato in **euro 50.000,00** per anno e per nucleo familiare.

e. in caso di medicina preventiva intendendosi per tali le spese relative alle prestazioni qui di seguito elencate:

Condizioni speciali "Donna"

- esame mammografico;
- pap-test;
- elettrocardiogramma a riposo e da sforzo.
- esami del sangue: emocromo con forma leucocitaria,
- colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia e VES.

Condizioni speciali "Uomo"

- elettrocardiogramma a riposo e da sforzo;
- esame radiologico del torace;
- esami del sangue: emocromo con forma leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia e VES.

La garanzia viene prestata

- esclusivamente per prestazioni effettuate in regime di convenzionamento
- sino ad un massimo di spesa per anno assicurativo e per nucleo familiare di € **700,00** con l'applicazione di uno scoperto del 25%, minimo € 26,00 per ciascuna richiesta di rimborso.

si integra il suddetto articolo, con la risposta **del 20/09/2021** a Quesito di Gara (CIG: 8865160177) **nr 2, comma 4):**

Capitolato Speciale d'Oneri

4) Con riferimento alla medicina preventiva all'art. 3 lettera e), pagg. 8 e 9, si chiede conferma che le prestazioni debbano essere effettuate da ciascun assicurato in unica soluzione, una volta all'anno, solo in strutture sanitarie convenzionate con la Società e che a carico dell'assicurato rimanga il solo scoperto del 25%, minimo € 26,00, determinato sull'importo totale delle prestazioni eseguite, entro il massimale di 250€ per nucleo.

4) con riferimento alla medicina preventiva, art. 3 lettera e), si conferma che le prestazioni verranno esclusivamente effettuate in regime di convenzionamento sino ad un massimo di spesa per anno assicurativo e per nucleo familiare di € 250,00, con l'applicazione di uno scoperto del 25%, minimo € 26,00 per ciascuna richiesta di rimborso. Non si conferma che dette prestazioni debbano essere effettuate da ciascun assicurato in unica soluzione, una volta all'anno;

f. in caso di spese extra-ospedaliere: la Società rimborsa le spese per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono:

- per chemioterapia;
- per cobaltoterapia;
- per dialisi;
- per doppler;
- per elettrocardiografia;
- per elettroencefalografia;
- per laserterapia;
- per risonanza magnetica nucleare;
- per scintigrafia;
- per tac;
- per telecuore;
- per diagnostica radiologica;
- per ecografia;
- per amniocentesi.

La garanzia viene prestata sino ad un massimo di € 5.000, per anno assicurativo e per nucleo familiare Assicurato, con l'applicazione di una franchigia di € 30 per prestazione; per prestazioni effettuate fuori convenzionamento scoperto del 25% con il minimo di € 55 per prestazione

g. in caso di malattie oncologiche: la Società rimborsa le spese ospedaliere ambulatoriali e di Day Hospital, ed extraospedaliere sostenute per chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti e laser. Sono inoltre comprese nella garanzia le visite mediche e gli accertamenti diagnostici conseguenti alla diagnosi di una malattia oncologica. Questa garanzia si attiva quando le prestazioni non sono collegate ad un ricovero/DH (quindi non rientrano nelle post) e va utilizzata prima degli altri massimali a disposizione.

La garanzia viene prestata sino ad un massimo di € 10.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare Assicurato, senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

La Società rimborsa altresì le spese per:

h. l'acquisto di protesi ortopediche ed acustiche: con il limite di € 1.050,00 per nucleo e per anno assicurativo.

i. l'acquisto di lenti ed occhiali da vista, in seguito a modifica del visus (comprese le lenti a contatto) con il limite di € 210,00 per anno assicurativo e per persona e con l'applicazione dello

scoperto del 20% per importo indennizzabile a termini di polizza; in occasione della modifica del visus sarà ammesso a rimborso un solo paio di occhiali per ogni vizio di rifrazione accertato".

- j. spese funerarie per rimpatrio della salma**, in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero, con il limite di € 775,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

TICKET SSN

Per le garanzie di cui a tutti i punti precedenti, con esclusione del punto j), in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

INDENNITA' SOSTITUTIVA

La Società corrisponderà un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero in Ospedale e/o Casa di cura, nella misura di **€ 150,00**, con il massimo di 90 giorni per persona e per anno assicurativo, se tutte le spese effettuate durante il ricovero sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

GARANZIA DI ASSISTENZA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA – LTC (operante per il solo Dipendente o Docente dell'Associato);

Oggetto della garanzia

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assicurato, quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza permanente come indicato al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza".

Persone assicurate

La copertura assicurativa è valida per tutti gli Assicurati, che rispondono ai criteri di accettazione medica esposti all'articolo "Condizioni di Assicurabilità".

Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate, alla data di inclusione, non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
2. Essere stati o essere affetti da situazioni patologiche determinanti un'invalidità civile permanente superiore al 25%.

3. Presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
4. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da diabete non controllato o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

Tali previsioni non si applicano per il gruppo iniziale già precedentemente assicurato, per cui la garanzia viene prestata senza soluzione di continuità. E' facoltà della Società richiedere copia della polizza precedente a garanzia dell'effettiva copertura.

Somma assicurata

La somma garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a € 6.500,00 all'anno; tale somma potrà essere corrisposta anche con un versamento mensile massimo pari a € 541,67. Il suddetto importo verrà corrisposto per una durata massima di 3 anni dall'entrata dell'assicurato in stato di LTC permanente.

Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di potere effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale),
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile),
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio),
- vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali), e necessari in modo costante:
 - ✓ o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
 - ✓ o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, accertata da un referto medico redatto successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) e necessari in modo costante:

- di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale;
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti all'articolo "Somma assicurata".

La prestazione concordata potrà essere erogata anche nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli:

- erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;
- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro).

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello stato di dipendenza dell'Assicurato.

- Erogazione diretta della prestazione di assistenza

Qualora l'Assicurato richieda l'erogazione diretta delle prestazioni di assistenza avvalendosi quindi di una struttura sanitaria convenzionata con la Società, la stessa 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 dalla Società.

- Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- la copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero; ovvero
- i certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricovero.

Dovrà inoltre allegare le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria, o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Rischi esclusi

Sono escluse dalla garanzia le conseguenze:

- a) di fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico;
- b) di alcolismo acuto o cronico;
- c) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- d) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- e) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno.

Riconoscimento dello stato di non autosufficienza

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi del punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà contattare la Società e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, indirizzato a: **UniSalute S.p.A. - Servizi di Liquidazione – Via Larga, 8 - 40138 Bologna** (preferibilmente a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, AR per rendere tracciabile l'invio della documentazione stessa) ,

dovrà contenere un certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la data della sua sopravvenienza. Dovrà inoltre precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

In risposta, la Società invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto, dovrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto dovrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata alla Società. Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

La Società avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla Società quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustificano l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione; - il contratto sia ancora in vigore.

Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

4. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

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

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato

4.3 Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale.

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

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'"Indennità sostitutiva". Tale previsione non si applica per la garanzia di assistenza in caso di non autosufficienza.

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

SERVIZI DI CONSULENZA

I servizi di consulenza potranno essere forniti dalla Compagnia o da una Centrale Operativa dedicata, messa a disposizione dalla Società, attiva dal lunedì al venerdì **dalle ore 08:30 alle ore 19.30**, contattando il numero dedicato **800-009915**:

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

- **Prenotazioni di prestazioni sanitarie**

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

- **Pareri medici**

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

FORMAZIONE

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

5. INCLUSIONI/ESCLUSIONI

5.1 Inclusioni del nucleo familiare come identificato nelle "Definizioni"

Il nucleo familiare, come identificato nelle "Definizioni", potrà essere incluso mediante pagamento del relativo premio ed invio dell'apposito modulo entro 30 gg. dalla data di decorrenza della polizza; oltre detto termine potrà essere incluso esclusivamente il nucleo familiare di nuovi dipendenti salvo che la Società e il Contraente non si accordino per una riapertura del termine di adesione.

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

5.2 Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

Salvo quanto previsto al precedente punto 1, l'inclusione di familiari rientranti nel nucleo familiare, come identificato nelle "Definizioni", in un momento successivo alla decorrenza della polizza sarà consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite o, per i figli, nel caso di sopravvenuta ricorrenza delle condizioni per il diritto alla copertura; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo secondo le modalità individuate sul modulo medesimo.

La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempre a condizione che questa venga comunicata entro 30 gg.; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società.

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

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

5.3 Nuove assunzioni

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

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

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

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

5.4 Dimissione o Licenziamento del dipendente

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

5.5 Decesso del dipendente

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

6. CALCOLO DEL PREMIO

Il premio dovrà essere calcolato in via provvisoria su n. 874 Dipendenti dell'Ente appartenenti al Personale Tecnico Amministrativo.

Alla presente polizza si applicano i seguenti premi annui (comprese imposte):

- per Dipendente (PTA e per l'eventuale adesione facoltativa del Docente) € 1.000,00
- per l'Estensione al Nucleo Familiare **€ 850,00** per ciascun componente il Nucleo Familiare, **dove € 850,00 è il premio offerto dall'affidatario in relazione all'elemento di valutazione E.V. 9 della scheda di offerta tecnica.**

N.B.

L'ammontare massimo del premio dovuto per l'estensione della copertura assicurativa al nucleo familiare non potrà essere superiore al triplo del premio dovuto per il singolo componente, anche nel caso in cui il numero dei componenti il nucleo, oltre il Dipendente, sia superiore a tre.

SEZIONE II - LIMITAZIONI ed ESTENSIONI

1. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

2. LIMITI DI ETÀ

Non è previsto alcun limite di età per i dipendenti.

Per i familiari è previsto un limite di età di 80 anni per il coniuge o convivente "more uxorio" e di 30 anni per i figli.

3. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non è operante per:

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

4. ESTENSIONI DI GARANZIA

Sono incluse nell'assicurazione:

- le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza nonché le malattie croniche e recidivanti;
- gli interventi e le cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.

SEZIONE III – NORME CHE DISCIPLINANO IL SINISTRO

1. DENUNCIA DEL SINISTRO

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

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

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

1.1 Sinistri in Strutture convenzionate con la Società

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

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

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

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

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

Qualora venga effettuato in una Struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti "*Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società*" e

"Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previste nelle singole garanzie.

1.2 Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato dovrà inviare direttamente alla Società, (tramite sito www.unisalute.it, App, oppure trasmettendo la documentazione all'indirizzo UniSalute S.p.A. Spese Sanitarie Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO), la documentazione necessaria:

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

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

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

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato verrà effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa. L'Assicurato dovrà consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

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

1.3 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti

articoli "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" e "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

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

1.4 Criteri di liquidazione relativa all'area ricovero e alle garanzie extraospedaliere in caso di infortunio o malattia

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

La liquidazione degli indennizzi da parte della Società oltre i termini previsti nel presente Capitolato determina, in favore dell'Assicurato, il pagamento di una penale pari al 15% dell'indennizzo dovuto, che si incrementa del 5% per ogni ulteriore settimana di ritardo.

1.5 Gestione documentazione di spesa

A- Prestazioni in Strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B - Prestazioni in Strutture sanitarie non convenzionate con la Società

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

2. ADEMPIMENTI IN MATERIA DI "PRIVACY"

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

SEZIONE IV – CONDIZIONI GENERALI

1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE / DURATA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle **ore 24.00 del 30/11/2021** ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo.

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

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto,
- Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

E' facoltà del Contraente disporre una proroga temporanea finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione; tale facoltà può essere esercitata una o più volte ma comunque per un periodo massimo di 6 mesi complessivamente, decorrenti dalla scadenza o cessazione (tutti i casi di cessazione, anche anticipata) del contratto. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura, è tenuta a prorogare l'assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche. La proroga vale anche a favore delle adesioni facoltative.

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

2. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

3. ONERI FISCALI

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

4. FORO COMPETENTE

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

5. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

6. INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

7. CLAUSOLA BROKER

A Marsh SpA, con sede legale in Milano - Viale Luigi Bodio, 33 - P.IVA n. 01699520159, ai sensi del D. Lgs. 209/2005 e sede operativa in Torino – Via Cavour, 1 è affidata la gestione e l'esecuzione del presente contratto. La Società riconosce pertanto che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto dell'Associato e dell'Assicurato dal Broker medesimo.

Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede al broker si considera come effettuato direttamente alla Società. Qualora l'Impresa aggiudicataria intenda avvalersi per l'amministrazione dei contratti di intermediari (art. 109 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni) appartenenti alla propria rete distributiva, nondimeno garantirà il rispetto delle modalità e termini di rimessa premi previsti, convenuti o comunque riconosciuti dalle procedure amministrative vigenti in caso di gestione diretta o tramite gerenza, al fine di garantire l'adeguato collegamento tra le parti, per il tramite del broker. La remunerazione del broker è posta a carico dell'Impresa aggiudicataria del contratto, nella misura del 6%. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dall'impresa di Assicurazione alla propria rete di vendita e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Amministrazione Aggiudicatrice.

8. OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO La

Società/Cassa:

- ogni trimestre,

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

a) tipologia di prestazione (ricovero, visite specialistiche, ecc. cc)
suddivisa tra

Convenzionamento e Fuori Convenzionamento, possibilmente per ciascun Assicurato

b) importo riservato (con indicazione dell'importo a riserva per ciascun sinistro);

c) importo liquidato (con indicazione dell'importo liquidato per ciascun sinistro);

d) sinistri senza seguito;

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

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 200,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

L'obbligo di cui al presente articolo permane anche dopo la scadenza del contratto.