

# **POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE**

La presente polizza è stipulata tra

**FONDO SANITARIO**

**ASSOCIATO  
REGIONE PIEMONTE**

**e**

**SOCIETA'**

## SEZIONE I – NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO

### 1. DEFINIZIONI

#### **Accertamento diagnostico**

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

#### **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 Dirigente della Regione Piemonte in servizio.

#### **Assicurazione**

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

#### **Assistenza infermieristica**

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

#### **Associato**

Regione Piemonte

#### **Contraente**

#### **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.

#### **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, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo.

**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. Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria. Rientrano nella definizione, e quindi sono oggetto di indennizzo, le prestazioni di telemedicina.

## **2. SOGGETTI ASSICURATI**

L'Assicurazione è operante per il Personale Dirigente della Regione Piemonte in servizio.

## **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 assicurato, 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 (solo in caso di ricovero indennizzabile ai sensi del presente contratto), 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. Si precisa che la scelta del mezzo per il trasporto spetta alla Compagnia, in base alle condizioni del paziente, in base a quanto rappresentato nella documentazione medica allegata e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa;

Per prestazioni effettuate in strutture convenzionate non sono previsti scoperti e/o franchigie.

Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 15% con il massimo di € 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

- per il trasporto dell'Assicurato (solo in caso di ricovero indennizzabile ai sensi del presente contratto), 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. Si precisa che la scelta del mezzo per il trasporto spetta alla Compagnia, in base alle condizioni del paziente, in base a quanto rappresentato nella documentazione medica allegata e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

Per prestazioni effettuate in strutture convenzionate non sono previsti scoperti e/o franchigie.

Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 15% con il massimo di € 500,00 per ricovero.

Si precisa che i trattamenti fisioterapici possono essere effettuati solo presso Centri medici e che sono escluse le prestazioni per finalità estetiche o con metodiche che abbiano finalità estetiche e di mantenimento

**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:**

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei Medici) effettuati nei 120 giorni precedenti e relativi all'intervento stesso. Tali prestazioni rientrano in copertura solamente se la relativa prescrizione medica ne disponga l'esecuzione in vista di un ricovero programmato o di un intervento chirurgico programmato;
- rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali e prodotti omeopatici prescritti in fase di dimissione ospedaliera o dal medico di base (comunque per un periodo pari a massimo la durata dei giorni post ricovero indennizzati ai sensi del presente contratto), 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 20% con il minimo di € 35,00 per prestazione sia in assistenza diretta che in regime rimborsuale.

Si precisa che i trattamenti fisioterapici possono essere effettuati solo presso Centri medici e che sono escluse le prestazioni per finalità estetiche o con metodiche che abbiano finalità estetiche e di mantenimento

Con riferimento alle spese per medicinali, si precisa che sono indennizzabili solo quelli prescritti dal medico curante o dallo specialista, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie; sono invece esclusi i parafarmaci.

- 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 massimo di € 500,00 per evento.
- Relativamente al parto non cesareo avvenuto in Istituto di cura, la garanzia s'intende prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 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 massimo di € 500,00 per evento.

- 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 € 2.000,00 per singolo occhio (4.000,00€ per anno assicurativo e assicurato) 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.

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 suindicate corrisponde a € 350.000,00 per assicurato.**

- 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 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 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.

- per agopuntura ed elettro-agopuntura, purché praticati da Medici regolarmente iscritti all'albo;
- per chiropratica;
- per osteopatia;
- per assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal Medico curante, con il limite di € 36,00 giornaliera.

Si precisa che i trattamenti fisioterapici possono essere effettuati solo presso Centri medici e che sono escluse le prestazioni per finalità estetiche o con metodiche che abbiano finalità estetiche e di mantenimento.

Con riferimento alle spese per medicinali, si precisa che sono indennizzabili solo quelli prescritti dal medico curante o dallo specialista, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie; sono invece esclusi i parafarmaci.

Saranno ammesse al risarcimento solo le notule riportanti la diagnosi.

La garanzia viene prestata sino ad un massimo per anno assicurativo e per assicurato di € 5.000,00 con il sottolimito per i trattamenti fisioterapici e rieducativi (inclusi agopuntura, elettro – agopuntura, noleggio di apparecchiature fisioterapiche, chiropratica e osteopatia) di € 2.000,00 e per i medicinali di € 300,00; per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 20% per prestazione (o ciclo di cura per le prestazioni di fisioterapia). Per prestazioni effettuate in convenzionamento verrà applicata una franchigia di € 10,00 per prestazione.

I medicinali sono rimborsati al 100%

**e. in caso di medicina preventiva intendendosi per tali le spese relative alle prestazioni qui di seguito elencate (da non effettuarsi necessariamente in un'unica giornata/soluzione):**

- Condizioni speciali "Donna"

- visita cardiologica,
- ECG,
- Rx torace,
- visita ginecologica comprensiva di paptest,
- ecografia mammaria,
- ecografia transvaginale,
- ecografia addome,

esame nevi in epiluminescenza,

- visita oculistica (si considerano compresi tutti gli esami che il medico valuta come rientranti nell'ambito della visita oculistica),
- visita pneumologica con esame spirometrico,
- visita urologica,
- esame del sangue occulto,
- visita otorinolaringoiatrica,
- visita dermatologica,
- Moc Rx densitometria ossea,

- ecocolordoppler,
- mammografia
- Condizioni speciali "Uomo"
  - visita cardiologica,
  - ECG,
  - Rx torace,
  - accertamento antigene prostatico specifico,
  - ecografia delle vie urinarie,
  - Psa e Psa free,
  - ecografia addome,
  - esame nevi in epiluminescenza,
  - visita oculistica (si considerano compresi tutti gli esami che il medico valuta come rientranti nell'ambito della visita oculistica),
  - visita pneumologica con esame spirometrico,
  - visita urologica,
  - esame del sangue occulto,
  - visita otorinolaringoiatrica,
  - visita dermatologica,
  - Moc Rx densitometria ossea,
  - ecocolordoppler.

Si precisa che gli assicurati possono richiedere anche solo alcune delle prestazioni sopra citate, non essendo le stesse fruibili esclusivamente a pacchetto.

Per tutti gli assicurati a prescindere dal sesso: esami del sangue, ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, azotemia(urea), acido urico, creatinina, emocromo, PTT, PT, VES, transaminasi GPT e GOT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine, esame delle urine completo.

La garanzia viene prestata sino ad un massimo di spesa per anno assicurativo di € 500,00. Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento verrà applicato uno scoperto del 10%

- f. in caso di spese extra-ospedaliere (Alta Diagnostica):** la Società rimborsa le spese per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono:
- chemioterapia,
  - radioterapia,
  - cobaltoterapia,
  - dialisi,
  - doppler,
  - elettrocardiografia,
  - elettroencefalografia,
  - laserterapia (se eseguita per scopi fisioterapici e riabilitativi),
  - risonanza magnetica nucleare,
  - scintigrafia,
  - TAC,

- telecuore,
- diagnostica radiologica,
- ecografia,
- amniocentesi,
- tecarterapia (se eseguita per scopi fisioterapici e riabilitativi),
- onde d'urto (se eseguite per scopi fisioterapici e riabilitativi),
- PET,
- tutti gli esami endoscopici con e senza biopsia,
- agoaspirato,
- pre-natalsafe/harmonytest/villocentesi (per donne>35anni)

La garanzia viene prestata sino ad un massimo di € 5.000, per anno assicurativo e per Assicurato, con l'applicazione di una franchigia di € 30 per prestazione; per prestazioni effettuate fuori convenzionamento scoperto del 20% con il minimo di € 50 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, per anno assicurativo e per Assicurato, senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

La Società rimborsa altresì le spese per:

**h. cure e accertamenti odontoiatrici, estrazioni e protesi dentarie o ortodontiche, visite odontoiatriche ed ortodontiche:** con il limite di € 2.500,00 per anno assicurativo, senza applicazione di franchigia e/o scoperto; per prestazioni effettuate fuori convenzionamento scoperto del 10%

All'interno dell'annualità assicurativa viene inoltre estesa la garanzia ad una visita specialistica comprendente una seduta di ablazione del tartaro a puro titolo di prevenzione. Si applicano le condizioni liquidative sopra richiamate.

**i. l'acquisto di protesi ortopediche ed acustiche (quest'ultime in caso di modifica dell'udito, rottura, smarrimento o furto dell'apparecchio):** con il limite di € 1.050,00 per assicurato e per anno assicurativo.

**j. l'acquisto di lenti ed occhiali da vista,** in seguito a modifica del visus (comprese le lenti a contatto) con il limite di € 500 per anno assicurativo e per assicurato e con l'applicazione dello scoperto del 20% per importo indennizzabile a termini di polizza.

Si precisa che:

- sono incluse le montature (ad eccezione dell'acquisto della sola montatura);
- sono escluse le lenti "usa e getta";
- è previsto solo il regime rimborsuale;
- la modifica del visus deve essere successiva all'ingresso in copertura dell'assicurato;
- la modifica del visus deve essere anteriore di massimo 12 mesi rispetto alla data di acquisto degli occhiali/lenti a contatto;
- l'acquisto degli occhiali/lenti deve avvenire in vigenza contrattuale.

- k. **spese funerarie per rimpatrio della salma**, in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero (a seguito di eventi indennizzabili ai sensi di polizza), con il limite di € 775,00 per assicurato e per anno assicurativo.

#### **TICKET SSN**

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

#### **INDENNITA' SOSTITUTIVA**

La Società corrisponde un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero (indennizzabile ai sensi di polizza) in Ospedale e/o Casa di cura, con il massimo di 120 giorni per assicurato 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**

##### **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).

##### **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 (purché permanga lo stato di non autosufficienza),**

**indipendentemente dal fatto che il presente contratto sia ancora in vigore o che l'assicurato sia ancora in copertura**

#### **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;
- a) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- b) 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:

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 giustifichino 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 saranno forniti dalla Compagnia o da una Centrale Operativa dedicata, messa a disposizione dalla Società, attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00 contattando i seguenti numeri dedicati:

- numero verde (da fisso):

- numero nero (da cell e estero):

- **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.

## 5. INCLUSIONI/ESCLUSIONI

### 5.1 Nuove assunzioni

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

### 5.2 Dimissione o Licenziamento del dirigente

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

## 6. CALCOLO DEL PREMIO

Il premio dovrà essere calcolato in via provvisoria su n. 123 Dirigenti della Regione Piemonte.

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

- per Dirigente € 1.700,00=

## 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.

### 3. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non è operante per:

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

#### **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 in caso di impossibilità dell'Assicurato, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa della Società (nel caso di prestazioni in regime di assistenza diretta), 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 extra ricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

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

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

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

Qualora venga 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 la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero\* e day hospital, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, copia completa della documentazione clinica
- in caso di prestazioni extra ricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- in caso di trattamenti fisioterapici:
  - i. prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata;
  - ii. indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione;
  - iii. in caso di ciclo di prestazioni, il calendario rilasciato dal Centro medico.
- per medicinali: ai fini del rimborso, si considera come data del pagamento la data della fattura presentata dall'Assicurato, a meno che il pagamento non risulti effettuato in una data diversa da quella della fattura: ciò può emergere da quanto eventualmente indicato nella fattura stessa oppure da apposita documentazione (es. scontrino) che l'Assicurato presenti di sua iniziativa per evidenziare tale elemento alla Compagnia.
- per apparecchi acustici, in caso di:
  - modifica dell'udito: esame audiologico/visita audiologica con audiometria che comprovi la necessità di un nuovo apparecchio;
  - rottura apparecchio: foto (nel caso in cui il malfunzionamento sia riconducibile a rotture di parti esterne chiaramente visibili) e dichiarazione dello specialista che attesti la rottura.  
È inoltre richiesto l'esame audiologico/visita audiologica con audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell'apparecchio;
  - smarrimento/furto: copia della denuncia. È inoltre richiesto l'esame audiologico/visita audiologica con audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell'apparecchio.
- 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.

Si precisa che nel caso in cui la richiesta di indennizzo abbia ad oggetto più prestazioni relative ad uno stesso evento e riconducibili a diverse garanzie, la fattura presentata dall'Assicurato deve contenere il dettaglio dell'importo specifico sostenuto per ogni prestazione, in modo che ciascuna possa essere ricondotta alla relativa garanzia.

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 (richiesta dalla Stazione appaltante) 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 giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo.

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

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

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo. Non è pertanto previsto un rinnovo, o una proroga dello stesso.

### **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 7,99%. 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.

## **9. DIRIGENTI DEL CONSIGLIO REGIONALE DEL PIEMONTE**

La Società si impegna ad estendere le condizioni del presente capitolato e della proposta tecnico economica al Consiglio Regionale del Piemonte per i dirigenti del ruolo consiliare, a seguito di sottoscrizione di autonomo atto contrattuale. Il pagamento dei relativi premi è a carico del Consiglio regionale.