

Codice 0010645

Polizza n. 86/1005545

28/2/07 COPIA PER IL BROKER

**CASSA DI ASSISTENZA SANINT - SEZ. A2**  
**Viale L. Bodio, 33**  
**20158 - MILANO -**  
**Part. IVA 97066620150**

si stipula la presente

**Convenzione rimborso spese mediche da malattia**  
**Edizione 2007**

Decorrenza: dalle ore 00 del 29/12/2006

Scadenza: alle ore 00 del 31/12/2008

Emessa in Torino il 29/12/2006

## APPLICAZIONE DELLA CONVENZIONE

L'assicurazione è realizzata mediante "certificati di assicurazione" emessi per ogni Azienda Associata ed è regolata dalle Definizioni, dalle Condizioni Generali e dalle Condizioni Particolari allegate.

## CERTIFICATI DI ASSICURAZIONE

Sul certificato di assicurazione, che fa parte integrante della Convenzione, vengono indicati i seguenti dati:

- Contraente;
- Azienda Associata;
- decorrenza della copertura;
- numero della Convenzione/Polizza;
- numero del certificato;
- opzione;
- Condizioni Particolari valide;
- Elenco iniziale dei nuclei assicurati;
- premio da incassare.

## DEFINIZIONI

Società: Compagnia di Assicurazione.

Contraente: Cassa di Assistenza SANINT.

Associato: la Società / Azienda che aderisce alla Cassa di Assistenza SANINT.

Centrale operativa:

la struttura che risponde al numero 800 866 017 e, chiamando dall'estero, al n° +39 02 40959630, costituita da medici, tecnici ed operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno che, per conto della Società provvede alla gestione del circuito di Istituti di cura e medici convenzionati ed al contatto telefonico con l'Assicurato che voglia accedere agli stessi.

Assicurato: il dipendente e/o Socio Beneficiario dell'Azienda associata che usufruisce delle prestazioni garantite.

Nucleo familiare:

il dipendente e/o Socio Beneficiario dell'Azienda associata nonché il rispettivo coniuge, il convivente more uxorio, i figli conviventi, risultanti dallo stato di famiglia. S'intendono altresì assicurati i figli non conviventi purchè fiscalmente a carico.

Convenzione: Il contratto che regola e disciplina i rapporti tra la Contraente e la Società.

Certificato: Il documento che stabilisce i termini di operatività della singola copertura assicurativa.

Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

- Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
- Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società.

**Massimale per nucleo familiare:**

la disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per tutti i componenti del medesimo nucleo familiare che fa capo all'Assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che diano diritto al rimborso nell'anno assicurativo.

**Franchigia e Scoperto:**

l'importo che rimane a carico dell'Assicurato riferito all'ammontare delle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato e Indennizzabili a termini di polizza.

**Ricovero:** degenza in Istituto di cura che comporta almeno un pernottamento.

**Istituto di cura:** Ospedale, Clinica, Casa di Cura ed ogni altra struttura sanitaria di ricovero, dotati di attrezzature per il pernottamento di pazienti.

## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### **Art. 1) - Assicurati**

La garanzia vale nei confronti delle persone indicate dalle Aziende Associate alla Cassa di Assistenza Sanint, in base a quanto previsto dallo Statuto e Regolamento della Cassa stessa che formano parte integrante della presente polizza, nonché dei rispettivi coniugi, conviventi more uxorio, figli conviventi, risultanti dallo stato di famiglia. S'intendono altresì assicurati i figli non conviventi purché fiscalmente a carico.

### **Art. 2) - Prestazioni**

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

#### **a. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che comporti intervento chirurgico e di parto cesareo:**

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari del Medici) effettuati nei 90 giorni precedenti e relativi all'intervento stesso;
- 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, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, cure omeopatiche e per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza;
- per le rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti anche per il neonato, in caso di parto cesareo. La garanzia si intende prestata fino ad un massimo di **Euro 10.000,00** per evento.
- 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 **Euro 2.582,00** per anno e per nucleo familiare;
- 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 90 giorni successivi al ricovero;

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

- per gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica, le cure, i medicinali, le cure omeopatiche e le rette di degenza, riguardanti il periodo di ricovero;
- 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 **Euro 2.582,00** per anno e per nucleo familiare;
- per cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuate nei 90 giorni successivi al ricovero e rese necessarie dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

- Relativamente al **parto non cesareo** avvenuto in Istituto di cura, la garanzia s'intende prestata fino ad un massimo di **Euro 2.066,00** per evento, la gravidanza è considerata malattia a tutti gli effetti di **a.** et **b.** Nel massimale previsto per il parto non cesareo sono comprese le rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti anche per il neonato.

- 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 **Euro 1.033,00** per singolo occhio.

**In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico di cui ai precedenti punti a. e b., 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 dall'art. 2) "Prestazioni" punto a. delle Condizioni Generali di Assicurazione;
  - nei casi di day hospital senza intervento chirurgico viene stabilito un massimale, come da "Opzioni", per anno e per nucleo. 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 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 giorni 180 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 **Euro 36,00** giornaliero e con il limite massimo di **Euro 775,00** per ciascun anno assicurativo.

**in caso di cure domiciliari ed ambulatoriali purché pertinenti all'evento denunciato:**

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 prescritti dal Medico curante (compresi prodotti omeopatici);
- per medicinali, prodotti da banco, prodotti omeopatici, ect. che non rientrano nel prontuario medico.

Tali prodotti devono comunque essere prescritti dal Medico curante, ferma restando l'esclusione per quelli relativi alla cura dell'igiene personale, relativamente ai prodotti non ben identificati nella prescrizione fatta dal Medico dovrà essere precisato che non sono a rimborso e/o per l'igiene.

A tale scopo l'Assicurato dovrà presentare congiuntamente:

- la ricetta medica in originale o in copia riportante il nominativo dell'assicurato e la diagnosi;
- 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 della risarcibilità, sarà comunque valida l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della

far [redacted] unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

- per agopuntura ed elettro-agopuntura, purché praticati da medici regolarmente iscritti all'albo;
- per osteopatia;
- per osteofisiologia;
- per assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal Medico curante, con il limite di Euro 25,00 giornalieri;

**d. 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.
- 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.

Per le opzioni prestate in forma Integrativa, gli accertamenti diagnostici di medicina preventiva, saranno rimborsati previa applicazione di uno scoperto del **25%**, col minimo di Euro 26,00 per sinistro.

**e. in caso di spese extra-ospedaliere:** la Società rimborsa anche le spese extra-ospedaliere per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono, stabilendo pertanto che le stesse vengono escluse dalla prestazioni di cui all'art. 2) lettera c. delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- 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.

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata sino ad un massimo di Euro, come da "Opzioni", per anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato. Tale somma si intende raddoppiata, in caso di spese relative a malattie oncologiche, entro il limite massimo di Euro 8260,00 per anno/nucleo.

**f. in caso di cure dentarie:**  
**OMISSIS** [redacted]  
per accluso [redacted] di protesi odontoiatriche,

Fino alla concorrenza di Euro, come da "Opzioni", per anno assicurativo e per nucleo familiare;

- g. **l'acquisto di protesi ortopediche ed acustiche:** con il limite di **Euro 1.033,00** per nucleo e per anno assicurativo;
- h. **per l'acquisto di lenti ed occhiali da vista,** in servizi e modalità del tipo (compreso lenti a contatto) e con il limite di Euro, come da "Opzioni", per anno assicurativo e per persona;
- i. **spese funerarie per rimpatrio della salma:** in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero, con il limite di **Euro 775,00** per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Relativamente alle prestazioni previste ai punti a) et b) del presente articolo, l'Assicurato potrà avvalersi di centri convenzionati tramite provider esterno scelto dalla Contraente.

#### **Art. 3) - Diaria surrogatoria**

La Società corrisponde un'indennità di **Euro 103,00** per ogni giorno di ricovero in Ospedale e/o Casa di cura, con il massimo di 70 giorni per persona e per anno assicurativo, se tutte le spese sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale.

#### **Art. 4) - Neonati**

Nel caso di variazione della composizione del nucleo familiare per nascita, la garanzia si intende, all'atto della variazione stessa, automaticamente operante nei confronti dei neonati purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro l'anno di copertura a cui la variazione si riferisce; resta inteso che la garanzia s'intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici purché effettuati entro 3 anni dalla nascita.

#### **Art. 5) - 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, fermo quanto previsto dall'art. 6) "Esclusioni" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

La gravidanza è considerata malattia a tutti gli effetti.

#### **Art. 6) - Esclusioni**

Sono escluse dall'assicurazione:

- le intossicazioni dovute ad abuso di alcoolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo, in quest'ultimo caso, la somministrazione terapeutica), allucinogeni e simili;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia e plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio);
- tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla "fecondazione artificiale" o "fecondazione o procreazione assistita";

- le malattie mentali.

**Art. 7) - Persone non assicurabili**

Non sono assicurabili, salvo patto speciale che deve risultare in polizza, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza ed infermità mentali. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza l'assicurazione cessa dopo il primo evento; l'Assicuratore si riserva la possibilità di rinnovare la copertura.

Non sono altresì assicurabili le persone di età superiore a 80 anni. Nel caso di compimento dell'80° anno di età durante il corso dell'annualità assicurativa, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale del premio.

**Art. 8) - Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio**

La Polizza ha effetto dal 29/12/2006 e la garanzia decorre dalle ore 24 del 31/12/2006.

La Contraente è tenuta a pagare presso la Direzione della Società o la sede del Broker, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del contratto, il premio complessivo stabilito dalla polizza stessa.

L'esazione dei premi precedentemente eseguita al domicilio della Contraente non può in alcun modo invocarsi come deroga al predetto obbligo.

La prima rata deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dalla Direzione della Società che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo.

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza se il premio in quel momento risulta pagato; in caso contrario decorre dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

Per le rate successive alla prima è concesso un termine di rispetto di 30 giorni trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Trascorso il termine di 30 giorni di cui sopra, la Società ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

**Art. 9) - Rinnovo del contratto**

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno un mese prima della scadenza, il contratto è prorogato per una durata uguale a quella originaria, esclusa la frazione d'anno.

**Art. 10) - Estensione territoriale**

L'assicurazione vale per il Mondo intero.

**Art. 11) - Variazione delle persone assicurate**

L'assicurazione vale per le persone designate in applicazione.

Le inclusioni e le esclusioni di assicurati, che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa sono regolamentate nel successivo articolo 11bis e dovranno essere comunicate dalla Contraente a mezzo informatico; la garanzia avrà effetto a decorrere dalle ore 24 del giorno di inclusione degli stessi secondo le modalità descritte nell'art. 11bis.

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.

In caso di esclusione di nuclei e/o persone in corso d'anno, non verrà effettuato alcun rimborso di premio che, pertanto, si considera acquisito dalla Società.

Alla scadenza dell'annualità si procederà alla regolazione contabile dei premi dovuti in via definitiva alla Società in base alle variazioni intercorse, calcolando il premio in base al criterio sopra esposto.

I nuclei costituiti da un solo assicurato ("single") verranno inseriti in copertura con una riduzione del premio base come da "Opzioni"; restano invariati i costi per gli aumenti dei massimali (punto F delle Condizioni Particolari).

Le variazioni di "status" in corso dell'annualità assicurativa verranno conguagliate in sede di regolazione premio.

#### **Art. 11bis) – Modalità gestione anagrafiche degli assicurati**

Premesso che:

- gli elenchi anagrafici dei soggetti assicurati, nonché le variazioni relative alla composizione dei nuclei e/o all'inserimento/cancellazione dei nuclei stessi, o di soggetti all'interno dei nuclei, sono ricevuti direttamente dal Broker, da parte degli Associati alla Contraente, il quale li comunica in formato elettronico direttamente alla Società;
- le informazioni di cui sopra sono trasmesse informaticamente dal Broker alla Società con cadenza mensile entro il giorno 5 di ogni mese, per tutte le variazioni e/o inserimenti/cancellazioni relativi al mese precedente mediante apposita procedura di scarico file dati;

di comune accordo tra la Società e la Contraente si stabilisce che la decorrenza della copertura assicurativa, in capo a ciascun soggetto o nucleo, decorre dalle ore 24 del giorno di inclusione nel sistema informatico da parte del Broker, nel limite temporale del mese solare antecedente allo scarico dei dati alla Società.

Specifiche deroghe, per inclusioni anteriori o in deroga a quanto sopra stabilito, devono essere pattuite per iscritto con la Società.

#### **Art. 12) - Variazioni di "Opzioni"**

In caso di promozione del dipendente assicurato ad una categoria superiore (es. da quadro a dirigente è data facoltà all'Associata di mantenere l'opzione in corso fino al termine dell'annualità assicurativa o, in alternativa, optare per la diversa opzione, pagando per intero il relativo premio (con le modalità previste dall'art.11), a fronte di massimali a nuovo.

#### **Art. 13) - Variazioni del premio in relazione al numero dei nuclei**

Premesso che, in caso di Aziende associate con numero di nuclei pari o inferiore a 15, è previsto un aumento del premio base come da "Opzioni", si stabilisce che:

- per i Gruppi societari, in caso di denominazioni sociali differenti, vale l'effettivo numero dei nuclei di ogni Società appartenente al Gruppo;
- in caso di gruppi societari costituiti da più Società, aventi tutte la medesima denominazione sociale, il numero dei nuclei verrà considerato complessivamente per tutte le Società;
- in tutti i casi, l'emissione del certificato comporta che le variazioni successive, in aumento e/o diminuzione, rispetto al 15° nucleo, non modificano il premio applicato in fase di copertura iniziale che, pertanto, si considera valido per tutta la durata annuale del certificato.

#### **Art. 14) - Altre assicurazioni**

La Contraente è tenuta a denunciare alla Compagnia l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio. La Società entro 30 giorni dalla comunicazione può recedere dal contratto con preavviso di almeno 15 giorni.

#### **Art. 15) - Denuncia di infortunio o di malattia - Obblighi dell'Assicurato**

Le denunce per la richiesta dei rimborsi devono essere presentate con le modalità concordate con la Contraente e la Società; la Contraente s'impegna a comunicare agli Assicurati, tramite le Aziende Associate, dette modalità.

Gli Assicurati devono consentire alla visita di Medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine liberando dal segreto professionale i Medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

**Art. 16) - Criteri di liquidazione**

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato su presentazione, in originale, delle relative notule e fatture debitamente quietanzate.

Le modalità pratiche di liquidazione sono quelle concordate a parte con lettera sottoscritta dalla Contraente e dalla Società.

La documentazione medica da fornire alla Società, oltre che la descrizione dell'evento oggetto della denuncia del sinistro, deve comprendere l'indicazione della natura e del tipo delle cure prestate. Tale documentazione deve essere relativa all'evento indicato e deve essere presentata a cura ultimata.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un Ente Assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente Assistenziale.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

**Art. 17) - Anticipo indennizzi**

Nel caso di avvenuto ricovero in Istituto di cura è facoltà dell'Assicurato richiedere un anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura non superiore al **60%** delle stesse, previa contestuale presentazione alla Società di certificazione provvisoria dell'Istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, eventualmente la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

L'anticipazione delle spese può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare delle spese non sia inferiore a **Euro 516,00**.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa, si procede al conguaglio attivo o passivo.

**Art. 18) - Valutazione del danno**

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società o da Perito da questa incaricato, con il Contraente o persona da lui designata.

In caso di disaccordo ciascuna delle Parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più arbitri da nominare con apposito atto.

In tal caso la decisione dell'arbitro è inappellabile.

**Art. 19) - Forma delle comunicazioni**

Le comunicazioni devono essere fatte a mezzo raccomandata, telefax e posta elettronica.

Le comunicazioni fatte dall'Azienda Associata alla Contraente hanno valore come se fatte alla Società.

**Art. 20) - Rinuncia al diritto di rivalsa**

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

**Art. 21) - Imposte**

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per Legge, presenti e futuri, relativi al premio ed agli accessori della polizza e degli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

#### **Art. 22) - Premi/Opzioni**

I premi per anno assicurativo e per nucleo familiare o persona, sono fissati sulla base delle "Opzioni" riportate al punto C delle condizioni particolari di polizza.

#### **Art.23) Clausola Broker**

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto a MARSH SpA (in seguito Broker) ed il Contraente ha convenuto di affidarne la Delega alla **Compagnia**(in seguito Società Delegataria).

Su espressa richiesta del Contraente, tutti i rapporti inerenti la presente Polizza, compresa la gestione amministrativa dei sinistri, potranno essere svolti dal Broker medesimo per conto **dell'Assicurato/Contraente/Azienda Associata alla Contraente**. Agli effetti di quanto precede, **ogni comunicazione fatta al Broker dall'Assicurato/Contraente/Azienda Associata alla Contraente deve intendersi come fatta alla Società**. Inoltre, ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società Delegataria, nel nome e per conto dell'Assicurato/Contraente, si intenderà come fatta dall'Assicurato/Contraente. Parimenti, ogni comunicazione resa dall'Assicuratore al Broker s'intenderà valida come se effettuata direttamente all'Assicurato/Contraente fermi i casi di risoluzione contrattuale e tutti gli atti di straordinaria gestione del contratto medesimo. Rimane fermo in questo caso l'obbligo del Broker di informare tempestivamente tutti i Coassicuratori.

Ciò premesso, tutte le comunicazioni e, per espressa delega, il versamento dei Premi inerenti al contratto devono trasmettersi dall'una all'altra parte per il tramite del Broker che tratterà con la Società Delegataria informando tempestivamente tutti i Coassicuratori. Questi saranno tenuti a riconoscere come validi ed efficaci, anche nei propri confronti, tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Società Delegataria per conto comune, fatta soltanto eccezione

- per l'incasso dei Premi di Polizza, la cui regolazione verrà effettuata dal Contraente per il tramite del Broker direttamente nei confronti di ogni singolo Coassicuratore, il pagamento del premio da parte del Contraente al Broker ha efficacia liberatoria nei confronti degli Assicuratori tutti, anche a termini dell'art. 1901 C.C., nel solo caso il Broker ottemperi a quanto previsto nella lettera di libera collaborazione circa la comunicazione dell'avvenuto incasso;
- per le comunicazioni che hanno lo scopo di introdurre nella Polizza varianti, modifiche di condizioni normative e/o di Premio. Queste ultime debbono risultare sottoscritte per accordo dal Contraente e dagli Assicuratori tutti. A tale scopo il Broker si obbliga a comunicare - contestualmente alla Società Delegataria ed anche ai Coassicuratori - ogni variazione del rischio che dovesse eventualmente intervenire in vigenza del contratto al fine di ottenerne il benessere.

**La Società**

**IL CONTRAENTE**

Condizioni da approvarsi specificatamente per iscritto

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile la Spett.le Contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni dei suindicati articoli.

- Art. 7      Persone non assicurabili
- Art. 9      Rinnovo del contratto
- Art. 11     Variazione delle persone assicurate
- Art. 14     Altre assicurazioni
- Art. 15     Denuncia di infortunio o malattia - Obblighi dell'Assicurato
- Art. 16     Criteri di liquidazione
- Art. 18     Valutazione del danno

  
**IL CONTRAENTE**

## CONDIZIONI PARTICOLARI

### **A. FORMA INTEGRATIVA**

Nel caso in cui è attivata un'opzione in forma integrativa, l'assicurazione s'intende prestata ad integrazione del FASI, FASDAC, FAIT, FISDAF, CASAGI e QUAS in base ai rispettivi regolamenti.

Nel caso i suddetti Enti si rifiutassero di erogare il rimborso delle spese presentate, malgrado le stesse rientrino tra quelle previste dal proprio regolamento ed indennizzabili a termini di polizza, la Società darà comunque corso al rimborso delle sole spese eccedenti quelle previste dai rispettivi regolamenti, restando a carico dell'Assicurato gli importi previsti dai regolamenti stessi.

Per eventuali assicurati che non beneficino delle prestazioni degli Enti sopra richiamati, la Società darà corso al rimborso delle spese indennizzabili a termini di polizza, previa detrazione di uno scoperto del **25%** con i minimi sottoindicati.

In caso di richiesta di risarcimento per prestazioni non previste dagli Enti sopra richiamati, ma indennizzabili a termini di polizza, la Società darà corso al rimborso delle spese previa detrazione di uno scoperto del **25%** con i minimi sottoindicati.

#### **Minimi:**

Per garanzia b. - **ricoveri senza intervento chirurgico:**

- Euro 258,00 limitatamente ai ricoveri non superiori ai 3 giorni

Per garanzia c. - **cure domiciliari ed ambulatoriali:**

- Euro 26,00 per sinistro. Per il rimborso dei medicinali si applicherà solo lo scoperto del 25% senza applicazione del minimo di Euro 26,00.

Per garanzia d. - **medicina preventiva:**

- scoperto del 25% con il minimo di Euro 26,00.-

Per garanzia e. - **spese extra-ospedaliere:**

- Euro 2000 per sinistro.

Per garanzia f. - **cure dentarie:**

- Euro 103,00 per sinistro.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno rimborsati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

**B FORMA COMPLETA**

Nel caso in cui è attivata un'opzione in forma completa, valgono i seguenti scoperti e franchigie:

Per garanzia **a. e b. - ricoveri con o senza intervento chirurgico:**

- In caso di non utilizzo del network verrà applicato uno scoperto del 15% con il massimo di Euro 4.000,00. Lo scoperto verrà applicato anche nel caso di mancata attivazione dell'Assistenza Diretta per ricoveri avvenuti presso Istituti di cura e con medici convenzionati con la Società.

Per garanzia **c. - cure fisioterapiche ed ambulatoriali:**  
- scoperto del 10% con il minimo di Euro 26,00 per sinistro.

Per garanzia **d. - medicina preventiva:**

- scoperto del 25% con il minimo di Euro 26,00.-

Per garanzia **e. - spese extra-ospedaliere:**

- scoperto del 20% con il minimo di Euro 26,00 per sinistro.

Per garanzia **f. - cure dentarie:**  
- scoperto del 5% con il minimo di Euro 103,00 per sinistro;  
- limitatamente all'opzione "A" franchigia di Euro 103,00 per sinistro

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno rimborsati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

↑  
CLAUSOLA  
SOSTITUITA  
DA APPENDICE  
SEQUENTE.



D. Limitatamente all'Opzione "D" si conviene di sostituire nel testo delle Condizioni Generali di Assicurazione le diciture nucleo familiare con "persona assicurata".

E. **Estensione della garanzia a genitori conviventi (valida solo se espressamente richiamata sul certificato)**  
E' data facoltà all'Azienda Associata di estendere la copertura ai genitori del Dipendente, purchè conviventi, mediante un aumento annuo del 25% sul premio base.

F. **Aumento massimali (valida solo se espressamente richiamata sul certificato)**

Relativamente alle opzioni "A", "B", "C", "D", "E" ed "F", è data facoltà all'Azienda Associata di elevare il massimale mediante un aumento del premio come segue:

- elevazione del massimale a Euro 206.582,76 ⇒ Euro 66,00 anno/nucleo
- elevazione del massimale nella forma illimitata
  - forma integrativa Euro 11,00 anno/nucleo
  - forma completa Euro 144,00 anno/nucleo

Il computo del premio finale avverrà secondo le seguenti modalità di calcolo:  
[Premio base (oltre 15 nuclei come da "Opzioni" + Sovrappremio per elevazione massimale] + aumento 10% come da Art. 22.

Limitatamente all'opzione "F" è data facoltà all'Azienda Associata di elevare il massimale da Euro 207.600,00 ad illimitato mediante aumento del premio annuo di Euro 197,00.

OMISSIS

Amministratore Generale

IL CONTRAENTE

CASSA DI ASSISTENZA SANINT

## **Modalità di pagamento - Assistenza diretta**

Escusivamente nel caso in cui è attivata un'opzione in forma completa, in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico (compreso day hospital con o senza intervento) e intervento chirurgico ambulatoriale, reso necessario da infortunio, malattia o parto, le prestazioni previste dall'art. 2 - lettere a) e b), sono garantite nella forma dell'assistenza diretta, nei casi previsti dalle convenzioni con gli Istituti di cura e con i medici secondo le modalità specificate dal successivo articolo

### **Norme di comportamento in caso di assistenza diretta.**

In caso di ricovero presso Istituto di cura convenzionato, previa autorizzazione della Centrale Operativa, la Società provvede a pagare direttamente all'Istituto di cura e ai medici convenzionati quanto agli stessi dovuto a termini di polizza.

Resterà a carico dell'Assicurato e dovrà essere dallo stesso versato, all'atto della dimissione dall'Istituto di cura, il costo delle prestazioni che non sono contemplate dalla polizza nonché le somme relative alle spese non sanitarie (telefono, bar etc.) e l'importo di eventuali scoperti e/o franchigie previste dalla polizza.

Si precisa che nel caso in cui è attivata un'opzione integrativa non sarà possibile attivare il servizio di assistenza diretta e le spese verranno rimborsate in base a quanto previsto dalle Condizioni Particolari, lettera A - Forma integrativa e secondo i criteri di cui all'art. 16 - **Criteri di Liquidazione.**

### **Norme di comportamento in caso di assistenza diretta**

Nei casi di ricovero con intervento chirurgico, reso necessario da infortunio, malattia o parto, presso una struttura sanitaria convenzionata con la Società, al fine dell'attivazione dell'Assistenza Diretta, l'Assicurato deve:

1) prima del ricovero (possibilmente con qualche giorno di anticipo):

- contattare telefonicamente la Centrale Operativa al numero 800 866 017 (+39 02 40959630 chiamando dall'estero), indicando, in caso di ricovero, l'Istituto di cura e i medici prescelti, il giorno del ricovero e la diagnosi che lo rende necessario, nonché il n° di polizza e l'Agenzia che l'ha emessa;
- inviare, a mezzo fax e su richiesta della Centrale Operativa, la certificazione medica necessaria per un rapido inquadramento del caso e attendere l'autorizzazione per l'assistenza diretta;

2) al momento del ricovero:

- l'Assicurato deve autorizzare per iscritto l'Istituto di cura ad inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria inerente il ricovero, con particolare riguardo alla copia della cartella clinica;
- l'Assicurato deve, altresì, consentire che la certificazione probatoria del costo della degenza, delle prestazioni sanitarie e degli onorari professionali relativi al ricovero sia trasmessa dall'Istituto di cura alla Società affinché quest'ultima possa provvedere a liquidare direttamente le somme dovute;
- altri titoli di spesa, per i quali l'Assicurato abbia diritto al rimborso ai sensi delle condizioni di assicurazione, dovranno essere inviati dall'Assicurato stesso alla Società che provvederà alla relativa liquidazione secondo i criteri di cui all'art. 16 - **Criteri di Liquidazione.**

La Società si riserva la facoltà di risolvere il rapporto con l'Istituto di cura e con i medici in tutti i casi consentiti dalla convenzione, a tutela e garanzia della qualità dei servizi resi all'Assicurato.

In tutti i casi in cui per qualsivoglia motivo, non fosse operante la convenzione per il pagamento diretto da parte della Società, l'assicurazione sarà prestata in base al disposto dell'art. 16 - Criteri di Liquidazione.

**Restituzione delle somme indebitamente pagate**

Nel caso in cui, nel corso della ospedalizzazione o successivamente all'erogazione della prestazione sanitaria, si dovesse accertare la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano la inoperatività e/o inefficacia dell'assicurazione, le stesse saranno comunicate all'Assicurato, che dovrà restituire alla Società, entro e non oltre 15 giorni dalla comunicazione, tutte le somme dalla stessa indebitamente liquidate all'Istituto di cura. In caso di mancata restituzione alla Società delle sopra indicate somme nel termine previsto di 15 giorni, la stessa si riserva il diritto di agire giudizialmente nei confronti dell'Assicurato per ottenere la restituzione delle somme indebitamente liquidate all'Istituto di cura in forza dell'impegno assunto con la stessa al momento del ricovero.

Fermo restando quanto sopra riportato, la procedura di pagamento diretto all'Istituto di Cura ed ai medici sarà operante, per i singoli Assicurati, a partire dalla data di efficacia della copertura.

**La Società**

**IL CONTRAENTE**

**CASSA DI ASSISTENZA SANINT**