



OGGETTO: SERVIZIO DI WELFARE INTEGRATIVO PER  
PERSONALE DIRIGENTE DEL COMUNE  
MILANO

IL DIRETTORE DI DIREZIONE  
IL RESPONSABILE DEL  
PROCEDIMENTO

Dott.ssa Monica Mori

Rev	Data	Descrizione	Red.	Rev.	File
Rev.					

**CAPITOLATO SPECIALE  
D' APPALTO/POLIZZA**

## Sommario

Sezione A. - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE .....	6
<b>Premessa</b> .....	6
<b>A.1 Effetto dell'assicurazione</b> .....	6
<b>A.2 Assicurato/Beneficiario</b> .....	6
<b>A.3 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro</b> .....	6
<b>A.4 Pagamento e regolazione del premio</b> .....	7
<b>A.5 Gestione del contratto (articolo valido solo per Comune di Milano)</b> .....	7
<b>A.6 Tracciabilità dei flussi finanziari</b> .....	7
<b>A.7 Durata dell'Assicurazione</b> .....	8
<b>A.8 Modifica delle condizioni di assicurazione</b> .....	8
<b>A.9 Produzione di informazioni sui sinistri</b> .....	8
<b>A.10 Variazione del rischio</b> .....	8
<b>A.11 Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali</b> .....	9
<b>A.12 Clausola di recesso</b> .....	9
<b>A.13 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave</b> .....	9
<b>A.14 Oneri fiscali</b> .....	9
<b>A.15 Foro Competente</b> .....	10
<b>A.16 Termini di prescrizione</b> .....	10
<b>A.17 Rinvio alle norme di legge</b> .....	10
<b>A.18 Altre Assicurazioni</b> .....	10
<b>A.19 Coassicurazione E RTI (Clausola Eventuale)</b> .....	10
Sezione B. - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	11
<b>B.1 Eventi per i quali è prestata l'assicurazione</b> .....	11
<b>B.2 Prestazioni assicurate</b> .....	11
<b>B.3 Servizi di consulenza</b> .....	15
<b>B.4 Operatività delle garanzie</b> .....	16
<b>B.5 Limiti di prestazioni</b> .....	16
<b>B.6 Estensione territoriale</b> .....	16
<b>B.7 Altre Assicurazioni</b> .....	16
<b>B.8 Denuncia del sinistro - obblighi dell'Assicurato</b> .....	16
<b>B.9 Criteri di liquidazione</b> .....	17
<b>B.10 Spese sostenute all'Estero</b> .....	17
<b>B.11 Valutazione del danno - Ricorso all'arbitrato</b> .....	17
<b>B.12 Forma delle comunicazioni</b> .....	18
<b>B.13 Imposte</b> .....	18

<b>B.14 Competenza territoriale .....</b>	<b>18</b>
<b>B.15 Premi ed opzioni.....</b>	<b>18</b>
<b>B.16 Clausola Broker.....</b>	<b>18</b>

## DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CAPITOLATO

Assicurazione: Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza: Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente: Il Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza/Società di Mutuo Soccorso di cui alla Legge 3818/1886 e s.m.i.) ....., iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che stipula la polizza per conto dell'Associato.

Associato: il Comune di Milano.

Assicurato/Beneficiario: Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Società/Compagnia: La Compagnia di Assicurazioni o Società di Mutuo Soccorso che si assume il rischio.

Broker: (definizione valida solo per Comune di Milano) Il Broker vigente, attualmente è Willis Italia SpA.

Premio: La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Infortunio: L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia: Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

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

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

Istituto di Cura: Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato 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.

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

Ricovero: La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Day-hospital: Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Retta di degenza: Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

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

Intervento chirurgico ambulatoriale: Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

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

Sinistro: Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.



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 o ad esso comunque connesse.

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 l'importo garantito.

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

### Premessa

---

Le prestazioni oggetto della presente assicurazione confluiranno all'interno del Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, della Cassa di assistenza sanitaria che la Compagnia dovrà garantire e con la quale dovrà stipulare apposito accordo. Le relative spese di adesione sono ricomprese nei premi pattuiti in Convenzione.

Si intendono ammesse a partecipare alla presente procedura le Società che operano nel settore del mutuo soccorso, di cui alla Legge 3818/1886 e s.m.i.

6

### A.1 Effetto dell'assicurazione

---

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 90 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Si precisa che se dai controlli effettuati dall'Ente, in ottemperanza del D.M. n. 40 del 2008, risultasse un inadempimento a carico della Società, la stessa si impegna a ritenere in copertura il rischio, anche oltre i termini di mora, fino al termine delle procedure di verifica imposte dall'Art. 3 del D.M. precedentemente richiamato.

La polizza, ferme restando le esclusioni espressamente previste, include le malattie e gli stati patologici insorti anche anteriormente alla stipulazione del contratto.

### A.2 Assicurato/Beneficiario

---

L'assicurazione è prestata a favore del personale dipendente del Comune di Milano con qualifica di Dirigente, inseriti in dotazione organica, le cui indennità di posizione e di risultato vengono pagate dal fondo decentrato.

L'assicurazione potrà essere estesa, su adesione volontaria e con versamento del relativo premio ad altre figure dirigenziali e quali i dirigenti assunti extra dotazione organica, il Segretario Generale e il Direttore Generale e ad altro personale con qualifica dirigenziale che desideri beneficiarne.

L'assicurazione potrà essere estesa, su adesione volontaria e con versamento del relativo premio a carico del Dirigente, ai rispettivi nuclei familiari intesi come: il coniuge o la parte dell'unione civile o il convivente more uxorio, i figli conviventi risultanti dallo stato di famiglia. Si intendono altresì assicurati i figli non conviventi purché fiscalmente a carico.

L'estensione della polizza al nucleo familiare potrà avvenire, di anno in anno, solo ed esclusivamente al raggiungimento, di un numero di aderenti pari almeno al 35% dei Dirigenti aventi diritto. Le adesioni dovranno essere comunicate all'interno di una finestra temporale, esaurita la quale, non si potrà procedere ad ulteriori adesioni.

### A.3 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

---

In caso di sinistro, l'Assicurato deve presentare denuncia alla Società con la massima sollecitudine possibile a partire dal momento in cui ne viene a conoscenza. Tale comunicazione deve essere correlata della necessaria documentazione medica ed inoltrata secondo le modalità di cui al successivo art. A.5 (Agenzia/Broker e comunicazioni fra le Parti).

#### **A.4 Pagamento e regolazione del premio**

---

Alla scadenza di ciascuna annualità si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in conseguenza delle inclusioni avvenute e comunicate nel corso dell'anno.

Le inclusioni di assicurati, dovute a personale di nuova assunzione, sono così regolamentate:

- se avvenute nel primo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'intero premio annuo;

- se avvenute nel secondo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione del 60% del premio annuo.

Eventuali esclusioni di assicurati, avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del premio che si considera pertanto acquisito dalla Società.

Nel caso di nuova assunzione la garanzia decorrerà dalle ore 00:00 della data di comunicazione. Qualora la comunicazione abbia data successiva a quella di effettiva assunzione, risultante dai registri del Comune, ai fini dell'attivazione della garanzia farà fede quest'ultima. Il ritardo di comunicazione non potrà comunque essere superiore a 30 giorni, oltre i quali l'assicurazione decorrerà dalla data di effettiva comunicazione come sopra indicato, pena la decadenza del diritto all'indennizzo.

Nel caso di risoluzione del rapporto di lavoro la garanzia scadrà dalle ore 00:00 della data di comunicazione.

Le differenze attive dovute a termini del presente articolo dovranno essere pagate entro 90 giorni da quello in cui la Società ha presentato al Comune di Milano il relativo conto di regolazione.

7

#### **A.5 Gestione del contratto (articolo valido solo per Comune di Milano)**

---

La gestione e assistenza nell'esecuzione del contratto è affidata al broker di assicurazione.

Anche ai sensi del D. Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Società dà atto che il pagamento dei premi al broker è liberatorio per il Contraente, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10° giorno del mese successivo a quello in cui il broker ha comunicato alla Società l'avvenuto incasso.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta elettronica - avverranno anch'esse per il tramite del suddetto broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse.

#### **A.6 Tracciabilità dei flussi finanziari**

---

La Società, nonché ogni altra impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto, sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla legge 12 agosto 2010 n. 136 e ss.mm.ii.

I soggetti di cui sopra sono obbligati a comunicare all'Associato gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati - anche se in via non esclusiva - alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti. Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire, salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata, tramite bonifico bancario o postale e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il codice identificativo di gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice unico di Progetto (CUP) comunicati dall'Associato.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art.3 della citata legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

## **A.7 Durata dell'Assicurazione**

---

Il contratto ha la durata di **due (2) anni** con decorrenza dalla stipula della polizza.

È inoltre facoltà dell'Associato, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la cessazione della garanzia, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio pagato, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza. L'Associato s'impegna a versare il premio relativo al predetto periodo entro 90 giorni dalla data di effetto del medesimo periodo di proroga.

8

## **A.8 Modifica delle condizioni di assicurazione**

---

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

## **A.9 Produzione di informazioni sui sinistri**

---

Entro tre mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso sei mesi prima della scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi, pena l'applicazione delle penali di cui al successivo periodo, la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Associato l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in formato [standard digitale aperto] tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura), e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro: il numero del sinistro attribuito dalla Società; la data di accadimento dell'evento; la data della denuncia; la tipologia dell'evento (specificando esattamente l'articolo di cui alla Sezione B del presente Capitolato Speciale d'Appalto applicato); l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati: a) sinistro agli atti, senza seguito; b) sinistro liquidato, in data \_\_\_\_\_ con liquidazione pari a € \_\_\_\_\_; c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € \_\_\_\_\_.

In caso di mancato rispetto di quanto previsto sopra, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, la Società dovrà corrispondere all'Associato un importo pari al 0,3 % del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari al 10% del valore della polizza.

La Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che l'Associato, d'intesa con la Società, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo l'Associato deve fornire adeguata motivazione.

Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui sopra.

## **A.10 Variazione del rischio**

---

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto alla Società. Le variazioni che devono essere comunicate possono concernere, a titolo esemplificativo, i mutamenti interni all'organizzazione dell'Associato

(variazione significativa del numero dei dipendenti, adozione di strumenti di riduzione del rischio, delibere dell'Associato che impattano sulle competenze e sulle funzioni svolte).

L'Associato non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

In ordine allo stato iniziale di rischio, si rimanda al p.to 4 "Contesto di riferimento" della Relazione Tecnica illustrativa del servizio.

#### **A.11 Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali**

---

Qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare all'Associato, la Società può segnalare all'Associato il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. A.10 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali assicurati.

L'Associato, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le Parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

#### **A.12 Clausola di recesso**

---

In caso di mancato accordo ai sensi dell'art.A.11 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le Parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità. La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al primo cpv. dell'art A.11 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dalla Società, ovvero, nei casi di cui al secondo cpv. del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta dell'Associato.

Qualora alla data di effetto del recesso l'Associato non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni. L'Associato contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art. A.9 (Produzione di informazioni sui sinistri) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

#### **A.13 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave**

---

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi all'Associato nei tre mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. A.11 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e A.12 (Clausola di recesso) e con decorrenza del termine di cui al secondo cpv. del citato art. A.11 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) dalla ricezione della citata dichiarazione.

#### **A.14 Oneri fiscali**

---

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

Tutte le spese di bollo e di registrazione relative alla stipula del contratto sono a carico della Società, nell'ammontare previsto all'atto della stipula.

### **A.15 Foro Competente**

---

Per le eventuali controversie, il Foro competente è esclusivamente quello di Milano.

### **A.16 Termini di prescrizione**

---

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente polizza è di due anni a norma dell'art. 2952 c.c.

10

### **A.17 Rinvio alle norme di legge**

---

Per tutto quanto non espressamente previsto, si farà espresso riferimento alle norme dettate dal Codice civile e dalle leggi in materia.

### **A.18 Altre Assicurazioni**

---

Il Contraente/Associato è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato di darne avviso in caso di sinistro.

### **A.19 Coassicurazione E RTI (Clausola Eventuale)**

---

In caso di coassicurazione, l'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto allegato. Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle Coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, con vincolo di solidarietà nel debito, in deroga all'art. 1911 del Codice Civile.

La Compagnia designata come Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nell'allegato riparto a firmare gli atti di liquidazione di ciascun sinistro anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente contratto, nonché per qualunque altro atto o comunicazione (ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta) riguardanti la presente copertura assicurativa. La Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici della esazione dei premi o di importi comunque dovuti dal contraente/Associato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze. Scaduto il premio, la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome.

Anche in caso di Raggruppamento Temporaneo, si deroga totalmente al disposto di cui all'art.1911 del Codice Civile, essendo tutte le imprese responsabili in solido.

La delega assicurativa è assunta dall'impresa di assicurazione indicata dal raggruppamento di imprese quale capogruppo.

**Il Contraente**

### B.1 Eventi per i quali è prestata l'assicurazione

---

La presente assicurazione è prestata per gli eventi di seguito indicati:

- a) ricovero reso necessario da malattia o da infortunio:
  - a.1 Ricovero con o senza intervento chirurgico – grandi interventi (conseguenza di A-B-C)
  - a.2 Day hospital o intervento ambulatoriale (non dà luogo a ricovero con degenza)
- b) interventi chirurgici finalizzati a tutti i vizi di rifrazione, miopia (con metodica LASER ad eccimeri, PRK e/o LASIK), ipermetropia, astigmatismo
- c) parto o aborto terapeutico (escluso l'aborto volontario) comportanti ricovero nonché tutte le malattie derivanti e/o conseguenti.

11

Malattie e/o infortuni che comportino:

- d) spese extra-ospedaliere
- e) cure domiciliari e/o ambulatoriali
- f) medicinali
- g) cure dentarie e ortodontiche
- h) protesi ortopediche e presidi ortopedici
- i) lenti ed occhiali
- j) cure oncologiche

Vengono inoltre prestate le seguenti garanzie accessorie:

- k) spese funerarie (compreso il rimpatrio della salma)
- l) assistenza sanitaria per soggetti non autosufficienti
- m) medicina preventiva
- n) servizi di consulenza forniti agli assicurati

Il tutto nei limiti e con le esclusioni di cui agli articoli seguenti.

### B.2 Prestazioni assicurate

---

#### a) Ricovero reso necessario da malattia o da infortunio:

##### a.1) Ricovero con o senza intervento chirurgico – Grandi Interventi (conseguenza di a –b-c)

In quanto conseguenza degli eventi indicati ai punti a. b. c. dell'art. B.1, la Società rimborserà le spese sottoindicate fino a concorrenza dell'importo di **Euro 300.000,00** elevato ad **Euro 600.000,00** in caso di "Grande Intervento chirurgico" intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascuna annualità assicurativa:

- le spese per gli accertamenti diagnostici e gli onorari medici, effettuati nei giorni 100 precedenti indicati in opzione e relativi al ricovero;
- le spese per gli onorari dei chirurghi, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- le spese per le rette di degenza;
- le spese per il trasporto dell'Assicurato alla Struttura sanitaria in ambulanza, treno o aereo ed ogni altro mezzo sanitariamente attrezzato adeguato alla gravità del caso, in Italia e all'Estero, fino al limite di **€ 2.500,00** per anno/nucleo;
- le spese rese necessarie dall'intervento o sostenute dopo la cessazione del ricovero: per esami, per acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi e per cure termali effettuate nei giorni successivi al ricovero indicati in opzione;
- le spese per vitto e pernottamento nella Struttura sanitaria di un accompagnatore dell'Assicurato fino alla concorrenza di **€ 1.000,00** per anno/nucleo e nel limite di **€ 70,00** al giorno.

- la Società rimborserà, nei limiti delle condizioni e dei capitali assicurati e previsti per i ricoveri, le spese sostenute per il prelievo di organi o parte di essi, nonché le spese per il donatore per accertamenti diagnostici, assistenza medica infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza.

Nell'ambito della suindicata garanzia nei casi di ricovero con/senza intervento chirurgico, qualora la Struttura sanitaria non sia convenzionata e/o qualora l'intervento chirurgico sia eseguito da équipe operatoria non convenzionata, la Società rimborserà nei limiti previsti dalla polizza le spese sostenute previa applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo di **€ 2.000,00 (fuori rete)**.

12

Qualora la prestazione venga erogata da struttura / personale medico convenzionati, in rete, non è previsto nessuno scoperto.

Nel caso in cui le spese sanitarie da ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale le prestazioni previste dalla garanzia "Ricovero" si intendono sostituite dalla corresponsione di un'indennità per ciascun giorno di ricovero – con pernottamento - con il limite di € 100,00 al giorno e per un massimo di 150 gg. In caso di Day Hospital la predetta Diaria è prestata nel limite del 50% della somma prevista per il ricovero con pernottamento. È facoltà dell'assicurato decidere se richiedere il rimborso della "Diaria Sostitutiva" o delle spese pre e/o post ricovero sostenute dallo stesso. Alla suindicata estensione non verranno applicati gli scoperti e le franchigie indicate nel presente articolo. In caso venga richiesto il rimborso della "diaria sostitutiva" le spese pre e/o post ricovero verranno rimborsate nell'ambito dei massimali "visite ed esami specialistici" o "spese extra-ospedaliere" a seconda della loro natura.

Sono considerati "Grande Intervento chirurgico" esclusivamente quelli riportati nell'elenco allegato alla presente Convenzione.

#### **a.2) Day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale (non dà luogo a ricovero con degenza):**

- la Società rimborserà, nel limite di € 5.000,00, le spese sostenute in caso di degenza in una Struttura sanitaria in regime esclusivamente diurno (Day Hospital/Intervento ambulatoriale) e nei casi di intervento chirurgico ambulatoriale (che non dia luogo a ricovero/degenza). Nei casi di degenza fuori dal Convenzionamento la Società rimborserà le spese sostenute previa applicazione di uno scoperto 20% con il minimo di € 1.000,00. Tale scoperto e franchigia non saranno applicate alle forme integrative. Sono comunque escluse le prestazioni relative alle cure termali.
- Qualora la prestazione venga erogata da struttura / personale medico convenzionati, in rete, non è previsto nessuno scoperto.

#### **b) Interventi chirurgici finalizzati a tutti i vizi di rifrazione, miopia (con metodica LASER ad eccimeri, PRK e/o LASIK), ipermetropia, astigmatismo:**

- le spese relative agli interventi chirurgici finalizzati a tutti i vizi di rifrazione, miopia (con metodica LASER ad eccimeri, PRK e/o LASIK), ipermetropia, astigmatismo, la garanzia s'intende prestata per occhio nel limite di € 1.000,00 per occhio.

#### **c) parto o aborto terapeutico (escluso l'aborto volontario) comportanti ricovero nonché tutte le malattie derivanti e/o conseguenti.**

- il parto cesareo e aborto terapeutico (nonché tutte le malattie derivanti e/o conseguenti) è compreso in garanzia purché comportante il ricovero. In tal caso sono comprese in garanzia, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, le rette di degenza, le spese per gli onorari dei chirurghi, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, i medicinali e gli esami riguardanti il ricovero anche per il neonato.  
Limite di € 5.000,00 per evento.

- il parto non cesareo è compreso in garanzia purché comporti il ricovero. In tal caso, sono compresi nel limite di € 2.500,00 per evento, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, le rette di degenza, i medicinali e gli esami riguardanti il ricovero.

#### **d) Spese Extra-Ospedaliere**

La Società rimborserà le seguenti prestazioni:

- Elettrocardiografia
- Elettrocardiogramma sotto sforzo
- Risonanza magnetica nucleare
- Uroflussometria
- M.O.C.
- Elettroencefalografia
- Diagnostica radiologica
- Ecografia (anche con sonde transvicereale)
- T.A.C.
- Endoscopia
- Elettromiografia
- Coronarografia
- Ecocolordoppler
- Amniocentesi, villocentesi (in presenza solo di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre 35 anni di età)
- Cobaltoterapia
- Chemioterapia
- Radioterapia
- Laserterapia

Le spese relative agli esami sopra menzionati verranno rimborsate nel limite di **€ 3.500,00** per anno e per nucleo. Qualora gli esami sopra indicati vengano effettuati presso il S.S.N., l'importo di eventuali ticket dovuti verrà rimborsato al **100%**.

In presenza di spese relative ad un unico evento ed in dipendenza del quale gli assicurati usufruiscano delle prestazioni rientranti nei due massimali relativi a "Spese Extra-Ospedaliere" e "Spese Domiciliari", il rimborso delle stesse verrà effettuato in capo al massimale delle "Spese Extra-Ospedaliere" con applicazione delle seguenti franchigie/scoperti, sull'importo complessivo:

- se in rete: franchigia di € 35,00
- se fuori rete: scoperto del 30% con il minimo di € 50,00.

#### **e) Spese Domiciliari e/o ambulatoriali**

La Società rimborserà le seguenti prestazioni, nel limite di **€ 2.000,00** per anno e per nucleo, secondo le seguenti indicazioni:

- onorari medici, purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici, noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici, accertamenti diagnostici prescritti dal medico curante, agopuntura ed elettro-agopuntura, purché anch'essa prescritta da medici regolarmente iscritti all'Albo, per ogni evento:
  - in rete franchigia € 25,00
  - fuori rete: scoperto 30% minimo € 50,00

- trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo con il limite di € 500,00 anno/nucleo
- Cure psicoterapiche: sedute di psicoterapia effettuate da psicologi e/o psicoterapeuti. Escluso farmaci e visite specialistiche psichiatriche con il limite di € 50,00 per seduta, massimo 10 sedute. La garanzia opererà come di seguito indicato:
  - se in rete: franchigia di € 25,00
  - se fuori rete: rimborso massimo nella misura di € 50,00
- assistenza infermieristica richiesta dal medico curante a domicilio con il limite di € 40,00 giornaliera per un max di € 500,00 anno/nucleo.

Qualora le prestazioni sopra indicate vengano effettuate presso il S.S.N., l'importo di eventuali ticket dovuti, verrà rimborsato al 100%. Tale estensione non si applica ai ticket S.S.N. relativo ai medicinali.

Lo stato di gravidanza è equiparato, sia pure impropriamente, a malattia a tutti gli effetti; pertanto, le spese sostenute in relazione a tali eventi rientrano nell'ambito della presente garanzia e sono sottoposte ai limiti previsti dall'opzione prescelta. Per il parto si rimanda a quanto previsto dall'art. c.

**f) Medicinali**, i prodotti omeopatici e galenici purché prescritti da medico, con l'esclusione di quelli relativi a fini estetici e all'igiene personale, nel limite di **€ 300,00** per anno e per nucleo con l'applicazione di uno scoperto 20%, minimo € 36.

A tal 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 farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale

**g) Cure Dentarie (comprese cure ortodontiche)**

La Società rimborserà nel limite di **€ 1.000,00** per anno e per nucleo:

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

Tali spese saranno rimborsate con il massimale previsto nell'opzione prescelta, intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per ciascun nucleo familiare assicurato. Inoltre, per tutti gli eventi di cui al punto g) verranno applicate le seguenti franchigie/scoperti, sull'importo complessivo:

- se in rete: nessuna franchigia; massimo 3 ablazioni del tartaro
- se fuori rete: scoperto del **30%** con il minimo di **€ 150,00** per sinistro. Ablazione del tartaro non prestata

**h) Protesi ortopediche e acustiche e presidi ortopedici**

Le spese relative alle garanzie sopra menzionate verranno rimborsate nel limite di **€ 1.000,00** per anno e per nucleo.

È prevista l'applicazione di una franchigia fissa di **€ 40,00** per sinistro per le protesi ortopediche ed acustiche; per i presidi ortopedici è previsto uno scoperto del 30%.

**i) lenti da vista e lenti a contatto a seguito di modifica del visus:**

Le spese sostenute saranno rimborsate sino alla somma massima di **€ 155,00** per persona e per anno con l'applicazione di una franchigia di **€ 30,00**.

**j) Cure Oncologiche**

Come conseguenza degli eventi di cui al punto l) la Società rimborserà le terapie extra-ricovero relative a malattie oncologiche e/o neoplastiche (quali a titolo esemplificativo e non limitativo: cicli completi di radioterapia, chemioterapia, cobaltoterapia e similari) inclusi i medicinali prescritti dal medico, con il limite di € 3.000,00 per anno e per nucleo familiare.

Per ogni evento verranno applicate le seguenti franchigie/scoperti, sull'importo complessivo:

- se in rete: scoperto del 15%
- se fuori rete: scoperto del 30%

Rimborso integrale dei ticket.

**Garanzie Accessorie**

Come conseguenza degli eventi di cui ai punti j) e k) la Società rimborserà:

**k) spese funerarie per il rimpatrio della salma:** in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero, la Società rimborserà fino al limite di € 1.500,00 per nucleo familiare e per anno, le spese funerarie per il rimpatrio della salma.

**l) Assistenza sanitaria per soggetti non autosufficienti:** qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente – clinicamente accertata – di svolgere in via autonoma alcuna delle seguenti attività quotidiane: lavarsi, vestirsi, nutrirsi e muoversi a seguito di infortunio occorso o malattia manifestatasi successivamente alla data di stipula del contratto, la Società rimborsa le spese sostenute per assistenza sanitaria (anche di natura riabilitativa) fornita a domicilio o in strutture residenziali o semiresidenziali, da organizzazioni o operatori specializzati e legalmente riconosciuti ed abilitati, fino a concorrenza di € 5.000,00 per nucleo familiare per anno. Il predetto indennizzo è corrisposto per un massimo di due anni. Tuttavia, la presente garanzia cessa relativamente all'Assicurato per cui è stata erogata la prestazione, al momento della cessazione del posto di lavoro.

La garanzia in oggetto è estesa anche in caso di malattie quali Parkinson e Alzheimer.

**m) Medicina Preventiva**

La Società paga le spese sostenute dall'Assicurato per i seguenti accertamenti diagnostici:

- Esami di laboratorio: prelievo venoso, emocromo completo, HbsAg, GOT/GPT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, uricemia, creatininemia, ricerca sangue occulto nelle feci, esami urine complete
- PSA per uomini
- Pap test per donne
- Diagnostica per immagini: mammografia, ecografia prostatica;
- Esami strumentali: elettrocardiogramma a riposo e da sforzo;
- Visita medica: visita medica conclusiva da parte del medico coordinatore del check up con letture referti e consigli medici.
- Gli accertamenti devono essere effettuati, in unica soluzione, presso strutture sanitarie convenzionate con Il Network, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa.
- Gli accertamenti possono essere effettuati dal dipendente e dai membri del nucleo familiare, con cadenza annuale.

La presente garanzia opera esclusivamente in forma diretta.

**B.3 Servizi di consulenza**

---

**a) Informazioni sanitarie telefoniche**

La Società per il tramite della propria Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero ecc.);

- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

#### **b) Prenotazione 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

#### **c) Pareri medici**

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

### **B.4 Operatività delle garanzie**

---

Le garanzie previste in polizza comprendono anche gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento degli assicurati in copertura.

### **B.5 Limiti di prestazioni**

---

Sono esclusi dall'assicurazione:

- le intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo, in quest'ultimo caso, la somministrazione terapeutica non conseguente ad assunzione volontaria), 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, da aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontaria;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi o da intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione);
- le tecniche relative e correlate alla "fecondazione artificiale" o "fecondazione o procreazione assistita";
- le prestazioni inerenti a linfodrenaggio e pressoterapia anche se effettuate presso strutture sanitarie;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.

### **B.6 Estensione territoriale**

---

L'assicurazione vale per il mondo intero.

### **B.7 Altre Assicurazioni**

---

Il Contraente e l'Azienda Socia sono esonerati dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per lo stesso rischio.

Permane invece l'obbligo per l'Azienda Socia di denunciare le altre eventuali assicurazioni che la stessa avesse in corso o stipulasse per il rischio analogo a quello della presente polizza.

In caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 del Codice civile.

### **B.8 Denuncia del sinistro - obblighi dell'Assicurato**

---

La Contraente o l'Assicurato devono presentare denuncia alla Società con la massima sollecitudine possibile a partire dal momento in cui ne vengono a conoscenza.

Tale comunicazione deve comunque pervenire entro 20 (venti) giorni dalla dimissione dall'Istituto di Cura (così come identificato nel paragrafo "DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CAPITOLATO") ed in qualsiasi caso deve essere correlata della necessaria documentazione medica.

L'Assicurato od i suoi familiari od i suoi aventi diritto hanno l'obbligo di presentarsi alla visita dei medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari.

## B.9 Criteri di liquidazione

---

1. Viene messo a disposizione un Network nazionale di Strutture Convenzionate di xxxx, per il tramite del quale l'Assistito non dovrà anticipare alcuna somma e rimarranno a suo carico solo gli eventuali scoperti e franchigie.

**In caso di richiesta di prestazioni sanitarie presso un Centro medico convenzionato**, l'Assistito deve preventivamente contattare telefonicamente **la Centrale Operativa almeno 48 ore lavorative prima della prestazione** per l'individuazione della struttura sanitaria a cui si vuole accedere e per l'autorizzazione della prestazione.

17

L'Assistito dovrà comunicare alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- a. azienda di appartenenza del dipendente
- b. cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione
- c. recapito telefonico
- d. data della prestazione (in caso di ricovero, visite specialistiche e prestazioni diagnostiche)

**La Centrale Operativa si riserva di chiedere copia della documentazione medica relativa alla prestazione da effettuare.**

La Centrale Operativa invierà all'assistito – via e-mail/sms - l'autorizzazione alla prestazione. Tale autorizzazione andrà esibita in sede di accesso alla struttura.

L'eventuale pagamento dell'importo a carico dell'assistito (franchigia) dovrà essere versato; dallo stesso assistito, direttamente alla struttura al momento della prestazione.

2. Nei casi in cui non sia operante il servizio convenzionato con il Network della Società, la Società rimborsa all'assicurato quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione, in copia, delle relative notule e fatture debitamente quietanzate. 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 assicurato e deve essere presentata a cura ultimata.

### 3. Richiesta di rimborso tramite upload

L'Assicurato, se in possesso delle credenziali (login e password), potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata *dal* sito del Network della Società o da quello indicato dalla Società stessa

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

**Si ricorda che per coloro che non dispongano di un accesso ad Internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo).**

## B.10 Spese sostenute all'Estero

---

I rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dai cambi indicativi di riferimento comunicati dalla Banca d'Italia.

## B.11 Valutazione del danno - Ricorso all'arbitrato

---

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società - o da una persona da questa incaricata - con il Contraente o persona da lui designata.

In caso di ricorso alla perizia collegiale, ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo arbitro.

Resta sin d'ora inteso che la città sede di svolgimento dell'arbitrato sarà quella sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'assicurato.

Anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

## **B.12 Forma delle comunicazioni**

---

Salvo diversa disposizione specificatamente richiamata nei singoli articoli tutte le comunicazioni alle quali sono tenuti il Contraente, l'Assicurato o l'Azienda associata devono essere fatte mediante fax, raccomandata o posta elettronica.

18

## **B.13 Imposte**

---

Le imposte e gli oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli atti da essi dipendenti, sono a carico dell'Azienda associata.

## **B.14 Competenza territoriale**

---

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente Articolo 11) – Controversie, è competente esclusivamente l'Autorità Giudiziaria di Milano.

## **B.15 Premi ed opzioni**

---

I premi per anno assicurativo e per nucleo familiare sono fissati sulla base delle opzioni indicate nel quadro sinottico allegato.

## **B.16 Clausola Broker**

---

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker Willis Italia S.p.A. e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker Willis Italia S.p.A. il quale tratterà con la Società di Assicurazione.

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte all'Impresa dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Impresa, prevarranno queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza dell'Impresa da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker potranno intendersi come fatte all'Impresa soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima ed alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio dovranno essere fatte all'Impresa e avranno efficacia dal momento della ricezione da parte dell'Impresa stessa. Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs. 209/2005.

Il Broker è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, ai sensi degli artt. 120 e 121, del D. Lgs. 209/2005 e dell'art. 55, comma 2, del Regolamento Isvap n. 5/2006.

Qualora il Contraente revochi l'incarico al Broker senza affidarne un altro ad altro Broker oppure qualora il Contraente rilasci ad altro Broker un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dal Contraente, l'incarico al Broker cessato o sostituito si considererà automaticamente privo di effetto nei confronti dell'Impresa.

L'Impresa stessa sarà in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra il Contraente ed il/i Brokers o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

### **Condizioni da approvarsi specificatamente per iscritto**

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile la Spettabile Contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni dei sotto indicati articoli:

#### Condizioni Generali di Convenzione:

- 01.00 Effetto e durata della convenzione
- 07.02. Persone assicurabili
- 07.03. Variazione delle persone Assicurate
- 07.04. Nascituri

#### Condizioni Generali di Assicurazione:

- 8. Altre Assicurazioni
- 9. Denuncia del sinistro - obblighi dell'assicurato
- 11. Valutazione del danno – Ricorso all'arbitrato

**Il Contraente**

## OPZIONE DIRIGENTI

PRESTAZIONI ASSICURATE		Massimali per anno/nucleo
<b>B.2 a)</b>	<b>Ricovero reso necessario da malattia o infortunio</b>	
	<p><b>a.1 Ricovero con o senza intervento chirurgico - grandi interventi (conseguenza di A- B -C)</b></p>	<p><b>€ 300.000,00 (€ 600.000,00 in caso di Grande Intervento Chirurgico)</b></p> <p><b>In rete:</b> nessuno scoperto <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">20</span></p> <p><b>Se in SSN:</b> indennità € 100,00 / giorno max 150 gg  <i>In caso venga richiesto il rimborso della "diaria sostitutiva" le spese pre e/o post ricovero verranno rimborsate nell'ambito dei massimali "visite ed esami specialistici" o "spese extra-ospedaliere" a seconda della loro natura</i></p>
	<p><b>a.2 Day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale (non dà luogo a ricovero con degenza)</b></p>	<p><b>In rete:</b> nessuno scoperto</p> <p><b>Fuori rete:</b> Scoperto 20% minimo € 1.000,00  <b>Escluse le prestazioni relative alle cure termali</b></p> <p><b>Se in SSN:</b> indennità € 50,00  <i>In caso venga richiesto il rimborso della "diaria sostitutiva" le spese pre e/o post ricovero verranno rimborsate nell'ambito dei massimali "visite ed esami specialistici" o "spese extra-ospedaliere" a seconda della loro natura</i></p>
<b>B.2 b)</b>	<b>interventi chirurgici finalizzati a tutti i vizi di rifrazione, miopia (con metodica LASER ad eccimeri, PRK e/o LASIK), ipermetropia, astigmatismo</b>	-
	<p>interventi chirurgici finalizzati a tutti i vizi di rifrazione, miopia (con metodica LASER ad eccimeri, PRK e/o LASIK), ipermetropia, astigmatismo</p>	<p>Limite di € 1.000,00 per occhio</p>
<b>B.2 c)</b>	<b>Parto o aborto terapeutico (escluso l'aborto volontario) comportanti il ricovero nonché tutte le malattie derivanti o conseguenti.</b>	
	Parto cesareo	Limite di € 5.000,00 per evento
	Parto naturale	Limite di € 2.500,00 per evento
	Aborto terapeutico	Limite di € 5.000,00 per evento
<b>B.2 d)</b>	<b>SPESE EXTRA OSPEDALIERE</b>	<b>Limite € 3.500 anno /nucleo</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Elettrocardiografia</li> <li>· Elettrocardiogramma sotto sforzo</li> <li>· Risonanza magnetica nucleare</li> <li>· Uroflussometria</li> <li>· M.O.C.</li> <li>· Elettroencefalografia</li> <li>· Diagnostica radiologica</li> <li>· Ecografia (anche con sonde transvicereale)</li> <li>· T.A.C.</li> <li>· Endoscopia</li> <li>· Elettromiografia</li> <li>· Coronarografia</li> <li>· Ecocolor Doppler</li> <li>· Amniocentesi, villocentesi (in presenza solo di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre 35 anni di età)</li> </ul>	<p><b>Se in SSN:</b> rimborso ticket al 100%</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Cobaltoterapia</li> <li>· Chemioterapia</li> <li>· Radioterapia</li> <li>· Laserterapia</li> </ul>	
	Se spese extra-ospedaliere + spese domiciliari	In rete: franchigia € 35,00 – Fuori rete: scoperto 30% minimo € 50,00
<b>B.2 e)</b>	<b>CURE DOMICILIARI/AMBULATORIALI</b> tra cui	<b>€ 2.000,00 anno / nucleo</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· trattamenti fisioterapici e rieducativi</li> <li>· assistenza infermieristica</li>   <li>· Cure psicoterapiche</li>   <li>· onorari medici - noleggio apparecchiature fisioterapiche - accertamenti diagnostici - agopuntura ed elettroagopuntura</li> </ul>	€ 500,00 anno / nucleo € 40,00 die max € 500,00 anno/nucleo limite di € 50,00 per seduta, massimo 10 sedute. La garanzia opererà come di seguito indicato: 1) se in rete: franchigia di € 25,00; 2) se fuori rete: rimborso massimo nella misura di € 50,00. Per ogni evento- In rete: franchigia € 25,00 – Fuori rete: scoperto 30% minimo € 50,00 <b>Se in SSN: rimborso ticket al 100%</b>
<b>B.2 f)</b>	<b>MEDICINALI</b>	<b>€ 300,00 anno / nucleo</b>
	inclusi i prodotti omeopatici e galenici se prescritti dal medico	Scoperto 20% minimo € 36,00
<b>B.2 g)</b>	<b>CURE DENTARIE (Comprese odontoiatriche)</b>	<b>€ 1000 per annuo/ nucleo</b>
	cure odontoiatriche, acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche, cura ed apparecchi ortodontici	In rete: nessuna franchigia; massimo 3 ablazioni del tartaro – Fuori rete: scoperto 30% minimo € 150,00, ablazione del tartaro esclusa
<b>B.2 h)</b>	<b>PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE E PRESIDIO ORTOPEDICI</b>	<b>Limite € 1.000,00 per anno / nucleo</b>
		Franchigia fissa di € 40,00 per sinistro per le protesi ortopediche ed acustiche; Presidi: scoperto 30%
<b>B.2 i)</b>	<b>LENTI E OCCHIALI</b>	<b>€ 155,00 per anno/persona. Franchigia € 30,00</b>
<b>B.2 j)</b>	<b>CURE ONCOLOGICHE</b>	<b>Limite € 3000 annuo / nucleo</b>
	terapie extraricovero per malattie oncologiche o neoplastiche, inclusi i medicinali prescritti dal medico	In rete: scoperto 15% – Fuori rete: scoperto 30%. <b>Se in SSN: rimborso ticket al 100%</b>
<b>2.7– GARANZIE ACCESSORIE</b>		
<b>B.2 k)</b>	Spese funerarie per rimpatrio della salma	<b>€ 1.500,00 per nucleo / anno</b>
<b>B.2 l)</b>	Perdita di autosufficienza – LTC (indennizzo massimo 2 anni; questa garanzia decade al cessare del rapporto di lavoro). La garanzia è estesa anche in caso di malattie quali Parkinson e Alzheimer.	<b>€ 5.000,00 per nucleo / anno</b>
<b>B.2 m)</b>	<b>MEDICINA PREVENTIVA</b>	<b>Solo presso strutture convenzionate per dipendente e nucleo familiare con cadenza annuale e in unica soluzione</b>
	spese sostenute dall'Assicurato per i seguenti accertamenti diagnostici: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Esami di laboratorio: prelievo venoso, emocromo completo, HbsAg, GOT/GPT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, uricemia, creatininemia, ricerca sangue occulto nelle feci, esami urine complete</li> <li>· PSA per uomini</li> <li>· Pap test per donne</li> <li>· Diagnostica per immagini: mammografia, ecografia prostatica;</li> <li>· Esami strumentali: elettrocardiogramma a riposo e da sforzo;</li> <li>· Visita medica: visita medica conclusiva da parte del medico coordinatore del check up con letture referti e consigli medici.</li> </ul>	

Premio anno/dipendente + nucleo	Euro 1.200,00
Premio anno/dipendente	Euro 950,00

## **ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

<b>Collo</b>	Paratiroidectomia (tipica e/o atipica) Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale Dissezione radicale del collo Parotidectomia con conservazione del nervo facciale Reinterventi di paratiroidectomia Tiroidectomia totale Reinterventi sulla tiroide Plastiche e resezioni tracheali Chirurgia delle fistole tracheo esofagee
<b>Mediastino</b>	Timectomia (per via transternale, transtoracica, cervicale) Asportazione chirurgica di cisti o tumori del mediastino (compresi i gozzi endotoracici) Interventi sul dotto toracico
<b>Mammella</b>	Mastectomia radicale con dissezione del cavo ascellare
<b>Torace</b>	Pleurectomia Interventi per tumori delle coste e/o dello sterno Decorticazione polmonare Trattamento chirurgico di cisti polmonari Broncotomie Trattamento dei traumi toracici con lesioni viscerali Pleurectomie per tumori mesoteliali Pneumectomie Lobectomie o bilobectomie Resezioni segmentarie o atipiche (sleeve, wedge, ecc.) Toracopleurolobectomie Trattamento di fistole esofago-tracheali o esofago-bronchiali Trattamento di fistole postoperatorie, post lobectomia o post pneumonectomia
<b>Esophago</b>	Trattamento chirurgico del megaesofago (compresa plastica anti-reflusso) Trattamento chirurgico delle ernie iatali e del reflusso gastroesofageo Trattamento chirurgico dei diverticoli esofagei Trattamento chirurgico della atresia esofagea (anche se in più tempi) Trattamento chirurgico dei tumori benigni e/o maligni all'esofago Trattamento chirurgico delle fistole erodigestive acquisite Trattamento chirurgico delle lesioni spontanee o traumatiche all'esofago Trattamento chirurgico dei tumori cardiaci Transezione esofagea con deconnessione azygos-portale
<b>Stomaco-Duodeno</b>	Degastroresezione Gastrectomia totale Interventi di riconversione per dumping syndrome

**Digiuno e Ileo  
(intestino tenue)**

Interventi per diverticoli del duodeno  
Derotazione intestinale

**Colon-Retto-Ano**

Interventi per incontinenza anale  
Emicolectomia destra (compresa linfadenectomia)  
Emicolectomia sinistra (compresa linfadenectomia e colostomia)  
Colectomie intermedie (compresa linfadenectomia e colostomia)  
Colectomie del traverso (compresa linfadenectomia e colostomia)  
Colectomie totale con ileostomia  
Resezione retto-colica anteriore (compresa colostomia e linfadenectomia)  
Interventi di amputazione del retto per via perineale, posteriore, addominoperinale e addomino posteriore (compresa colostomia)  
Colectomia totale con ileorettostomia  
Procto-retto-colectomia totale con pouchi leale

**Peritoneo**

Exeresi di tumori retroperineali

**Fegato e vie biliari**

Drenaggio di ascessi epatici e cistid'echinococco  
Colecistectomia per via laparoscopica  
Interventi sulla papilla per viatransduodenale (+/- colecistectomia)  
Coledocotomia e coledocolitotomia +/- drenaggio biliare (+ colecistectomia)  
Epaticotomia e epaticolitotomia +/- drenaggio biliare (+ colecistectomia)  
Anastomosi coledoco digestive (+/- colecistectomia)  
Anastomosi epaticodigestive (+/- colecistectomia)  
Resezioni epatiche  
Interventi per calcolosi intraepatica  
Derivazioni porto sistemiche  
Reinterventi sulle vie biliari  
Litotripsia extracorporea

**Pancreas-Milza**

Duodeno cefalopancreatectomia  
Pancreatectomia sinistra  
Pancreatectomia totale  
Interventi di exeresi della papilla di Water  
Derivazioni pancreatico wirsung-digestive  
Interventi conservativi per pancreatite acuta  
Interventi demolitivi per pancreatite acuta  
Derivazioni cisto pancreatiche  
Interventi per fistole pancreatiche  
Interventi per tumori del pancreas endocrino  
Interventi chirurgici conservativi della milza (splenorrafie, resezioni spleniche, legatura art. splenica)

**Chirurgia vascolare venosa**

Chirurgia della vena cava superiore ed inferiore

<b>Chirurgia vascolare arteriosa</b>	Chirurgia delle fistole artero-venose di viso, collo e torace Chirurgia dei tumori glomici carotidei Chirurgia degli aneurismi dei tronchi epiaortici Chirurgia degli aneurismi delle arterie viscerali Chirurgia delle embolie e/o trombosi delle arterie viscerali Chirurgia delle embolie e/o trombosi delle arterie renali Chirurgia dei tronchi epiaortici Chirurgia delle obliterazioni croniche dell'asse aorto-iliaco, femoro-popliteo e tibiale Reinterventi precoci e tardivi in chirurgia vascolare ricostruttiva. Trattamento chirurgico dell'ipertensione nefro vascolare Trattamento chirurgico delle lesioni traumatiche dell'aorta e dei suoi rami Trattamento chirurgico degli aneurismi dell'aorta toracica e toraco-addominale
<b>Cardiochirurgia</b>	Tutti gli interventi di cardiochirurgia
<b>Urologia</b>	Nefrolitotrixxia percutanea con ultrasuoni o onde elettroidrauliche Nefrectomia polare Nefrectomia allargata Nefroureterectomia Pielocalicolitotomia Pielolitotomia in rene malformato Pieloureteroplastica Surrenalectomia ESWL (litotripsia extracorporea) tutto compreso
<b>Uretere</b>	Ureterocistoneostomia Ureterocistoneostomia bilaterale Ureterosigmoidostomia Ureteroileonastomosi
<b>Vescica</b>	Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia Cistectomia totale con derivazione urinaria Derivazione urinaria escludente (senza cistectomia) Neovescica con segmento intestinale Estrofia vescicale e derivazione Fistola vescico-vaginale, uretro-vescicolo-vaginale o vescico-intestinale Plastica antireflusso monolaterale Plastica antireflusso bilaterale
<b>Prostata</b>	Prostatectomia radicale con linfadenectomia
<b>Uretra</b>	Uretrostomia perineale Resezione dell'uretra con uretrorrafia Epispadia e ipospadia scrotale
<b>Apparato genitale maschile</b>	Rivascolarizzazione del pene per impotenza vasculogenica Raddrizzamento del pene con protesi (protesi sclusa) Emasculazione Amputazione totale del pene con linfectomia Linfadenectomia per tumore del testicolo

**Ginecologia**

Vulvectomia allargata con linfadenectomia  
Interventi per creazione di vagina artificiale  
Interventi per fistole retto-vaginali  
Interventi radicali per tumori alla vagina  
Exenteratio pelvica  
Isterectomia radicale per via vaginale  
Intervento radicale per via addominale con linfadenectomia  
Intervento radicale senza linfadenectomia  
Interventi sulle tube in microchirurgia  
Taglio cesareo demolitivo  
Trattamento d'urgenza della rottura dell'utero - Analgesia nel parto con peridurale continua

**Ortopedia e Traumatologia**

Trattamento cruento dei tumori ossei  
Disarticolazione interscapolo toracica  
Emipelvectomia  
Grandi articolazioni (artoplastiche)  
Riduzione cruenta di lussazione congenita di anca  
Artroprotesi (anca parz. e anca tot.ginocchio gomito)  
Intervento ernia del disco intervertebrale  
Osteosintesi vertebrale  
Artrodesi per via anteriore  
Intervento per scoliosi

**Otorinolaringoiatria**

Atresia auris congenita  
Antroatticotomia con trapanazione del labirinto  
Apertura di ascesso cerebrale per via transmastoidica  
Ricostruzione della catena ossiculare  
Intervento per otosclerosi  
Chirurgia del sacco endocefalico  
Sezione del nervo cocleare  
Sezione del nervo vestibolare  
Neurinoma dell'ottavo paio  
Asportazione di tumori all'orecchio medio  
Asportazione di tumori o colesteatomi della rocca petrosa  
Asportazione di tumori maligni del naso o dei seni nasali  
Laringectomia totale e parziale  
Laringofaringectomia  
Intervento per paralisi degli adduttori  
Resezione del mascellare superiore  
Operazione demolitrice per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario  
Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale  
Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale  
Osteotomia del mascellare  
Osteotomia della mandibola  
Genio-plastica  
Adamantinoma  
Autotrapianto osseo di cresta iliaca o di costole

**Chirurgia ricostruttiva**

Trasferimento di lembo libero microvascolare  
Plastica per paralisi del nervo facciale

dinamica  
Ricostruzione mammaria post-mastectomia (esclusa protesi)  
Correzione ipospadia ed epispadia  
Aplasia della vagina  
Pollicizzazione  
Reimpianto microchirurgico del dito  
Neurorrafia

## Oculistica

Trapianto corneale a tutto spessore  
Epicheratoprotesi  
Iridocicloretrazione

## Neurochirurgia

Asportazione di neoplasie endocraniche o di aneurismi  
Asportazione di tumori orbitali per via endocranica  
Asportazione di corpi estranei intracranici  
Craniotomia esplorativa  
Craniotomia per ematoma extradurale  
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali  
Craniotomia a scopo decompressivo  
Cranioplastica  
Intervento per traumi cranio-cerebrali  
Intervento sulla cerniera atlanto-occipitale per malformazioni  
Interventi per tumori della base cranica per via transorale  
Intervento endocranico per decompressione delle orbite  
Intervento per epilessia focale  
Operazione endocranica per ascesso ed ematoma intracranico  
Plastica cranica per tessuti extra-cerebrali  
Scheggiectomia e craniectomia per frattura volta cranica  
Intervento per derivazione liquorale diretta e indiretta  
Legatura della carotide endocranica  
Operazione per encefalomeningocele  
Operazione per mielomeningocele  
Lobotomia ed altri interventi di psicochirurgia  
Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili  
Laminectomia esplorativa, decompressione o per interventi extradurali  
Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari  
Laminectomia per tumori intramidollari  
Intervento endorachideo per asportazione di neoplasie Cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari  
Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi  
Emisferectomia  
Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale  
Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)  
Terapia chirurgica delle fistole artero venose per aggressione diretta  
Terapia chirurgica delle fistole venose con legatura a vaso efferente intra-cranico  
Anastomosi vasi intra extra-cranici

## Endoarteriectomia o chirurgia dei vasi del collo