

ISTITUTO NAZIONALE DI FISICA NUCLEARE

AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ASSICURATIVI

LOTTO N. 4 CAPITOLATO TECNICO

RIMBORSO SPESE MEDICHE OSPITI STRANIERI

CIG: 81988110E0

SCHEDA DI COPERTURA

1.	Contraente: Istituto Nazionale di Fisica Nucleare
2.	Oggetto della copertura: Rimborso Spese Mediche
3.	Assicurati: Ospiti stranieri (cittadini di Paesi non membri della Unione Europea) ed eventuali familiari ricongiunti (ai sensi dell'art. 27-ter D.Lgs. 286/98)
4.	Massimale assicurato: € 65.000,00 per anno assicurativo per ciascun assicurato ed eventuali suoi familiari ricongiunti
5.	Prestazioni principali: <ul style="list-style-type: none">- Ricoveri con o senza intervento chirurgico- Parto cesareo, aborto terapeutico, parto naturale- Intervento chirurgico ambulatoriale- Day Hospital
6.	Premio lordo mensile pro capite: € _____
7.	Durata del Contratto: dalle ore 24:00 del 30/09/2020 alle ore 24:00 del 30/09/2023
8.	Rateazione: Annuale

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

ASSICURATO: soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

ASSICURAZIONE: contratto di assicurazione;

CONTRAENTE: l'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare;

POLIZZA: documento che prova l'assicurazione;

SOCIETA': compagnia che emette il contratto;

PREMIO: somma dovuta dal Contraente alla Società;

INDENNIZZO: somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

INFORTUNIO: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili;

ISTITUTO DI CURA: struttura sanitaria pubblica o casa di cura privata regolarmente autorizzata al ricovero dei malati, ai sensi delle leggi o di altre norme emanate dallo Stato in cui ha sede la struttura;

MALATTIA: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;

RICOVERO: degenza, comportante pernottamento, in Istituto di cura (pubblico o privato);

SINISTRO: verificarsi del fatto dannoso per il quale è prevista l'assicurazione;

STATO PATOLOGICO: ogni alterazione dello stato di salute conseguente ad infortunio o malattia;

DAY HOSPITAL: degenza in Istituto o Casa di cura in regime esclusivamente diurno;

BROKER: Ital Brokers S.p.A.

Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Art. 2 Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Art. 1898 C.C.).

Art. 3 Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla prima comunicazione dell'Assicurato (Art. 1897 C.C.).

Art. 4 Variazioni normative

Nel caso in cui vi fossero variazioni normative oppure nuova e/o diversa giurisprudenza in materia, come pure interpretazioni e/o pareri delle medesime, tali da rendere, ad insindacabile giudizio del Contraente, incompatibile, totalmente od anche parzialmente, il presente contratto con le stesse, le Parti concordano sin d'ora di provvedere, tempestivamente, alla relativa riformulazione e/o aggiornamento della normativa contrattuale, fatte salve diverse disposizioni di legge e fermi restando i reciproci diritti derivanti dal presente contratto.

Art. 5 Buona fede

La mancata comunicazione da parte del Contraente/Assicurato di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte o incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione della polizza e/o nel corso della stessa, non pregiudicano il diritto al completo indennizzo, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo.

La Società, una volta venuta a conoscenza delle circostanze aggravanti, ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 6 Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

Art. 7 Durata della polizza e proroga dell'assicurazione

La durata della polizza è stabilita a decorrere dalle ore 24.00 del giorno 30/09/2020 alle ore 24.00 del 30/09/2023 e cesserà automaticamente la propria operatività alla scadenza senza necessità di alcuna comunicazione formale da ognuna delle parti. E' pertanto espressamente escluso il tacito rinnovo.

E' fatta salva, in ogni caso, la facoltà per le parti di recedere dal contratto al termine di ogni periodo di assicurazione, mediante l'invio di lettera raccomandata spedita almeno 180 giorni prima della scadenza annuale.

La Contraente si riserva la facoltà di rinnovare il contratto, alle medesime condizioni, per una durata massima pari a TRE anni, ai sensi della normativa vigente; la Contraente esercita tale facoltà

comunicandola alla Società mediante PEC almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto originario.

Alla scadenza è facoltà del Contraente richiedere la proroga del presente contratto, alle medesime condizioni contrattuali e tariffarie, per il tempo necessario al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova polizza e, comunque, per un massimo 180 giorni, previo invio di richiesta scritta all'Assicuratore.

Art. 8 Pagamento ed effetto dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

A parziale deroga dell'Art. 1901 C.C. l'Ente Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla decorrenza della polizza fermo restando l'effetto della copertura assicurativa.

Se il contraente non paga i premi successivi l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art.1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia o al Broker.

Art. 9 Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 C.C.).

Art. 10 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 11 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte per iscritto con e-mail, lettera raccomandata e/o fax e/o telex e/o telegramma indirizzati al Broker. Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Art. 12 Imposte e tasse

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 13 Rinvio alle norme di legge ed interpretazione del contratto

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge Italiane.

Art. 14 Foro competente

Per le eventuali controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza le Parti possono presentare domanda congiunta, oppure la parte interessata può presentare apposita domanda, presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia ed istituito presso le sedi appositamente previste, che inviterà l'altra parte ad aderire e a partecipare all'incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del D.Lgs. 28/2010, nel rispetto del Regolamento di conciliazione da questo adottato. Detto Organismo, a scelta del Contraente o dell'Assicurato, ha sede nella medesima provincia ove gli Stessi risiedono.

In caso di più domande relative alla stessa controversia trova applicazione il criterio di priorità cronologica, e cioè la mediazione si svolgerà avanti l'organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza di mediazione.

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, o non venga esperito la parte interessata potrà agire in giudizio presso il Foro competente esclusivo ove ha sede la Contraente oppure, in alternativa, l'Assicurato.

Art. 15 Coassicurazione e delega

Valida esclusivamente in caso di coassicurazione ai sensi dell'art. 1911 C.C. e non in caso di A.T.I.

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici, in caso di sinistro le Società stesse concorreranno nel pagamento dell'indennizzo, liquidato a termini delle Condizioni di Assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Direzione della Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente Polizza.

Art. 16 Clausola broker

L'Ente Contraente dichiara di avere affidato la gestione del contratto ad Ital Brokers S.p.A., in qualità di Broker ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i..

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente stesso.

Gli Assicuratori inoltre, riconoscono che il pagamento dei premi fatto per il tramite del Broker sopra designato è liberatorio per la Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. Il Broker tratterà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza nella misura del 3,00% (Tre virgola zero per cento) sul premio imponibile.

Qualora il contratto stipulato dal Contraente con il predetto Broker per il suddetto servizio di brokeraggio dovesse concludersi nel corso di validità della presente polizza, il Contraente comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del servizio di brokeraggio assicurativo, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo per l'eventuale periodo poliennale residuo.

Parimenti il corrispettivo per il servizio di brokeraggio corrisposto dalla Società spetterà al Broker subentrante a far tempo dalla prima scadenza successiva della polizza medesima rispetto alla data di subentro formale del nuovo Broker nella titolarità dell'appalto, senza che la compagnia di assicurazione od il Broker cessante possano opporre eccezione alcuna.

Art. 17 Obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari e clausola risolutiva espressa

- A. La Compagnia è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 e s.m.i.;
- B. Nel caso in cui la Compagnia, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede il Contraente.
- C. Il Contraente può verificare, in occasione di ogni pagamento alla Compagnia e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Compagnia s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.
- D. Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, qualora, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dalla Compagnia sia rilevato il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della clausola presente risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Compagnia derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 18 OBBLIGO DELLA SOCIETÀ DI FORNIRE I DATI AFFERENTI L'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società, con cadenza trimestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- numero del sinistro della Società;
- data di accadimento;
- tipologia del danno;
- modalità di accesso alle prestazioni (strutture convenzionate, strutture non convenzionate, in rete, SSN)
- stato del sinistro ("in trattativa", "liquidato" e "chiuso senza seguito");
- importo liquidato e data della liquidazione;
- importo riservato;
- per i sinistri respinti, le motivazioni scritte.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Art. 19 Oggetto dell'assicurazione

La copertura assicurativa riguarda, fino alla concorrenza del massimale annuo indicato in polizza e purché pertinenti la malattia, l'infortunio, il parto o l'aborto terapeutico denunciati, le spese per le prestazioni specificate al successivo articolo 32 "Prestazioni".

La Società mette a disposizione degli assicurati network di medici e strutture sanitarie convenzionati che garantiscano tariffe agevolate e presso i quali sia possibile ottenere, se indennizzabili ai sensi di polizza, le prestazioni con pagamento diretto, così come disciplinato dall'articolo 35 "Attivazione delle prestazioni in forma diretta presso Strutture Convenzionate".

La Società si impegna a garantire che facciano parte del network convenzionato sul territorio italiano:

- 1) almeno 200 case di cura e/o ospedali, abilitati al ricovero notturno e diurno;
- 2) almeno 400 centri diagnostici.
- 3) almeno 500 studi dentistici.

Art. 20 Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 21 Limite di età

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

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine.

Art. 22 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone che siano affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Tuttavia, in caso di insorgenza successiva alla data di effetto della polizza, il sinistro riguardante le infermità mentali elencate nel precedente primo comma sarà ammesso al beneficio delle prestazioni assicurative, limitatamente al primo ricovero.

Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

Art. 23 Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- A. l'eliminazione o correzione di malformazioni e difetti fisici preesistenti alla data di stipulazione del contratto o della variazione, nonché le patologie ad esse correlate, fatta eccezione per le malformazioni congenite delle quali l'Assicurato sia portatore inconscio;
- B. le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, fatta eccezione per i casi comportanti intervento chirurgico per i quali verrà riconosciuto il solo rimborso delle spese inerenti l'intervento stesso;
- C. gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
- D. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, ovvero ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- E. l'aborto volontario non terapeutico;

- F. le cure cellulo-tissutali, fisioterapiche, idropiniche e termali in genere (salvo quanto previsto dall'art. 32 "Prestazioni", nonché le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi, sempreché verificatisi successivamente all'ingresso in copertura del singolo assicurato;
- G. le cure dentarie e delle paradontopatie;
- H. l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, fatta eccezione per le spese relative all'acquisto di quelli applicati a seguito di intervento chirurgico;
- I. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- J. le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- K. i ricoveri e le degenze in regime di *day hospital* effettuati al solo scopo di praticare visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici preventivi e/o di controllo dello stato di salute;
- L. i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura;
- M. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale.

Art. 24 Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato, o chi per esso, deve darne avviso alla Società non appena ne abbia la possibilità.

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica. L'assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni eventuale informazione richiesta e produrre copia della cartella clinica completa.

Art. 25 Criteri di liquidazione

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata su presentazione delle copie degli originali delle notule distinte e ricevute, debitamente quietanzate e della copia della documentazione medica dalla quale desumibile la patologia (certa o presunta), l'infortunio (ovvero il parto) che ha reso necessarie le prestazioni effettuate; in caso di ricovero o day-hospital sarà necessario presentare la copia della cartella clinica completa.

Qualora l'Assicurato abbia presentato o debba presentare ad enti assistenziali l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, ed al netto di quanto già pagato dai predetti enti.

La Società provvede alla liquidazione del sinistro ed al pagamento entro 30 giorni lavorativi dalla ricezione della pratica (completa di tutta la documentazione necessaria) e restituisce all'Assicurato al termine della gestione le notule, distinte, fatture e ricevute relative alle spese da questi sostenute.

Art. 26 Controversie

L'indennizzo è liquidato con l'accordo delle parti. In caso di disaccordo le parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede, a scelta della Società, presso la sede della Società stessa.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 27 Massimale di garanzia

Le prestazioni garantite dalla presente polizza sono operanti a favore degli assicurati fino alla concorrenza del massimale di € 65.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, fermi gli specifici sottolimiti indicati all'articolo 32 "Prestazioni". Nel corso di una stessa annualità assicurativa l'ammontare complessivo degli indennizzi, per l'insieme delle prestazioni garantite, non potrà superare il massimale assicurato.

Art. 28 Persone assicurabili

Le prestazioni garantite dalla presente polizza sono operanti a favore degli ospiti stranieri (cittadini di Paesi non membri della Unione Europea) della Contraente ed eventuali familiari ricongiunti nell'ambito delle Convenzioni di Accoglienza stipulate dall'Istituto (art. 27-ter del D.Lgs. 286/98). Per familiari ricongiunti si intendono: il coniuge (anche dello stesso sesso), il convivente more uxorio (anche dello stesso sesso) ed i figli.

Art. 29 Premio

Il premio viene calcolato ad inizio annualità assicurativa sulla base del numero presunto dei mesi assicurati, con l'intesa che la frazione di mese equivale ad un mese. All'inizio dell'annualità assicurativa verrà quindi versato, così come indicato al successivo articolo 31, il 75% del premio preventivato.

Art. 30 Ingressi ed uscite in corso d'anno

il Contraente si impegna a comunicare in via informatica:

- le inclusioni delle persone assicurate successive al perfezionamento della presente polizza, restando inteso che la garanzia avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione che le varie Strutture dell'I.N.F.N. inoltreranno alla sede centrale.
- le esclusioni delle persone assicurate successive al perfezionamento della presente polizza, restando inteso che la garanzia cesserà dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione che le varie Strutture dell'I.N.F.N. inoltreranno alla sede centrale.

Per gli ingressi così come per le esclusioni in corso d'anno, il premio dovuto sarà determinato, in funzione del periodo di copertura effettivamente goduta, in dodicesimi fermo restando che il premio sarà da calcolarsi per mese solare intero anche se goduto parzialmente.

Art. 31 Regolazione premio

Premesso che il premio viene anticipato nella misura del 75% di quello dovuto sulla base dei dati preventivati, entro 180 giorni dalla fine di ogni annualità, si procederà alla regolazione del premio in base alle comunicazioni pervenute; le differenze attive di premio a favore della Società risultanti dalla predetta regolazione dovranno essere corrisposte dal Contraente entro 60 giorni dalla data di ricevimento dell'apposita appendice di incasso.

Non ottemperando il Contraente a questa disposizione, l'assicurazione resta sospesa ai sensi dell'art. 1901 C.C. fino al giorno successivo a quello del versamento, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Art. 32 Prestazioni

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

A) in caso di intervento chirurgico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio, la Società rimborsa le seguenti spese:

1. Onorari dell'equipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento.
2. Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico.
3. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie).
4. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 60 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
5. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 60 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
6. Prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espanto, cure, medicinali e rette di degenza.
7. Trasporto dell'Assicurato trasporto per raggiungere il luogo di cura, trasferimento da un luogo di cura all'altro, ritorno al proprio domicilio con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato, anche all'estero.

B) In caso di parto con taglio cesareo e/o aborto terapeutico, la Società rimborsa le seguenti spese comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del limite di 6.000€ per annualità assicurativa:

1. Onorari dell'equipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento.
2. Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato.
3. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie).
4. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 60 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti all'intervento.
5. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 60 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti all'intervento.
6. Trasporto dell'Assicurato trasporto per raggiungere il luogo di cura, trasferimento da un luogo di cura all'altro, ritorno al proprio domicilio con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato, anche all'estero.

C) In caso di ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico, la Società rimborsa le seguenti spese:

1. Assistenza medica e infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital.
2. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie).
3. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 60 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
4. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera),

effettuati nei 60 giorni successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

5. Trasporto dell'Assicurato trasporto per raggiungere il luogo di cura, trasferimento da un luogo di cura all'altro, ritorno al proprio domicilio con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato, anche all'estero.

D) In caso di parto senza taglio cesareo, la Società rimborsa le seguenti spese comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del limite di 4.000€ per annualità assicurativa:

1. Onorari dell'equipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento.
2. Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato.
3. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie).
4. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 60 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti al parto.
5. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 60 giorni successivi alla data della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti al parto.
6. Trasporto dell'Assicurato trasporto per raggiungere il luogo di cura, trasferimento da un luogo di cura all'altro, ritorno al proprio domicilio con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato, anche all'estero.

Art. 33 Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero (compreso parto ed aborto) o day hospital né per altra prestazione ed esso connessa, avrà diritto ad un'indennità di € 30,00 - ridotta al 50% per il day hospital - per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 30 giorni per ricovero.

Art. 34 Modalità di erogazione delle prestazioni

Le prestazioni previste dal presente contratto, specificamente quelle previste dall'Art. 32 "Prestazioni", possono essere effettuate secondo le seguenti modalità:

- a) **Strutture convenzionate:** in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati
In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con eventuale applicazione degli scoperti e delle franchigie previsti per ciascuna tipologia di garanzia e prestazione, che dovranno quindi essere versati dall'interessato direttamente alla struttura/professionista che ha erogato la prestazione.
In caso di ricovero/day hospital/intervento ambulatoriale effettuato in strutture sanitarie private/pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati, non sarà possibile attivare la liquidazione diretta delle spese da parte della Società; pertanto l'iscritto dovrà provvedere al pagamento delle spese sostenute e successivamente richiedere il rimborso secondo le modalità indicate al punto b).
- b) **Strutture non convenzionate:** in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società e medici non convenzionati.
In questo caso le spese sostenute dall'Assicurato vengono rimborsate dalla Società con le modalità secondo le modalità indicate all'articolo 25 "Criteri di liquidazione"

Art. 35 Attivazione delle prestazioni in forma diretta presso Strutture Convenzionate

Con riferimento alla modalità di accesso alle prestazioni prevista dall'articolo 34 lettera a), le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie

convenzionate ed ai medici convenzionati integralmente (ovvero con l'applicazione degli scoperti e delle franchigie previsti per ciascuna tipologia di garanzia e prestazione, che dovranno quindi essere saldati dall'Assicurato direttamente alla struttura/professionista che ha erogato la prestazione).

Per aver diritto a tale assistenza diretta l'Assicurato deve ottenere la preventiva autorizzazione da parte della Società prendendo contatto con gli Uffici dedicati (Centrale Operativa) della stessa, i quali si impegnano a fornire all'assicurato, entro tre giorni dall'attivazione, indicazioni circa la presa in carico della richiesta.

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la certificazione del medico indicante la natura della malattia (accertata o presunta) o dell'infortunio per i quali vengono richieste le prestazioni.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eventuali scoperti e franchigie previste alle singole garanzie e per spese eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Art. 36 Servizi di consulenza e assistenza (PRESTAZIONE NON OPERATIVA, MA VALIDA SOLO SE ACCETTATA COME VARIANTE MIGLIORATIVA)

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti (in italiano ed in inglese) dalla Centrale Operativa dell'aggiudicataria telefonando al numero verde, dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00/10,00 alle ore 18/20 (minimo dieci ore consecutive).

Dall'estero occorre il prefisso internazionale dell'Italia

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- strutture sanitarie e medici convenzionati;
- indicazioni sugli adempimenti per l'utilizzo della polizza;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite presso il proprio network convenzionato, sia che si tratti di prestazioni rimborsabili ai sensi della presente polizza (da fruire in forma diretta o rimborsale) sia che si tratti di prestazioni sanitarie non ricomprese dall'articolo 32 "Prestazioni".

c) Pareri medici immediati

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

d) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 ore nei giorni festivi e non riesce a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui, in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 500 km per evento.