

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO SpA

CAPITOLATO POLIZZA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER IL PERSONALE DIPENDENTE NON DIRIGENTE

INDICE

0. DEFINIZIONI dei termini utilizzati nella polizza

SEZIONE "DIPENDENTI"

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

2. PERSONE ASSICURATE

3. RICOVERO

- 3.1 Ricovero in istituto di cura
- 3.2 Neonati
- 3.3 Trasporto sanitario
- 3.4 Day-Hospital
- 3.5 Intervento chirurgico ambulatoriale
- 3.6 Trapianti
- 3.7 Parto e Aborto
 - 3.7.1 Parto Cesareo
 - 3.7.2 Parto non cesareo e aborto terapeutico
- 3.8 Rimpatrio della salma
- 3.9 Modalità di erogazione delle prestazioni
- 3.10 Indennità sostitutiva
- 3.11 Massimale assicurato

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE E CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- 5.1 Visite specialistiche
- 5.2 Accertamenti diagnostici

6. PROTESI ORTOPEDICHE

7. DIAGNOSI COMPARATIVA

8. SERVIZI DI CONSULENZA E DI ASSISTENZA

9. PREMIO

10. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

11. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

A. CONDIZIONI GENERALI

- A.1 Effetto dell'assicurazione
- A.2 Durata dell'assicurazione / tacita proroga dell'assicurazione
- A.3 Modifica delle condizioni di assicurazione
- A.4 Oneri fiscali
- A.5 Foro competente
- A.6 Termini di prescrizione
- A.7 Rinvio alle norme di legge
- A.8 Altre assicurazioni
- A.9 Forma delle comunicazioni
- A.10 Interpretazione del contratto
- A.11 Informazioni sui sinistri
- A.12 Rinuncia all'azione di rivalsa

A.13 Dichiarazioni del Contraente/Azienda

B. LIMITAZIONI

- B.1 Estensione territoriale
- B.2 Esclusioni dall'assicurazione
- B.3 Limiti di età

C. SINISTRI

- C.1 Denuncia del sinistro
 - C.1.1 Sinistri in strutture convenzionate con la società
 - C.1.2 Sinistri in strutture non convenzionate con la società
 - C.1.3 Sinistri nel servizio sanitario nazionale
 - C.1.4 Gestione documentazione
- C.2 Liquidazione sinistri
- C.3 Controversie

D. SEZIONE “FAMILIARI DEI DIPENDENTI” (OPZIONE)

Premessa

- D.1 Oggetto dell'assicurazione
- D.2 Massimali di garanzia e massimali aggregati
- D.3 Premio
- D.4 Condizioni particolari
- D.5 Limiti di età

MODULISTICA (da predisporre a cura della Società)

Modulo di adesione a CASSA
Modulo di denuncia del sinistro
Informativa “privacy” CASSA
Informativa “privacy” Compagnia

0. DEFINIZIONI

Assicurazione Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente

Polizza Il documento che prova l'assicurazione

Azienda L'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato SpA (IPZS)

Contraente Il soggetto che stipula la polizza (CASSA per conto di IPZS)

Assicurato Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione

Dipendente Il soggetto, dipendente IPZS, nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione

Familiare I familiari del dipendente IPZS risultanti dallo stato di famiglia del dipendente assicurato, limitatamente al coniuge o al convivente “more uxorio” ed ai figli fiscalmente a carico (questi ultimi anche se non risultanti dallo stato di famiglia), nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione

Insieme Familiare L'insieme del dipendente IPZS e dei propri “familiari” (come definiti)

Società Società Assicuratrice

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

Centrale Operativa L'Organizzazione propria o esterna (da indicare in offerta) che per conto della Società fornisce i "servizi di consulenza ed assistenza" (art. 8 di polizza)

Centrale Diagnosi L'Organizzazione propria o esterna (da indicare in offerta) che per conto della Società fornisce i "servizi di diagnosi comparativa" (art. 7 di polizza)

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 all'Assicurato l'importo garantito

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

SEZIONE DI POLIZZA : "DIPENDENTI" CONDIZIONI DI GARANZIA

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese, in seguito meglio definite, sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero;
- prestazioni di alta specializzazione e cure dentarie da infortunio;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- protesi ortopediche;
- diagnosi comparativa
- servizi di consulenza e assistenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei "dipendenti" non dirigenti in forza presso IPZS in data 30 .06.08.

L'IPZS, per l'intera durata della Polizza, si impegna a comunicare alla Compagnia:

- a) i dipendenti dimissionari, deceduti o comunque cessati dal servizio;
- b) i neoassunti.

Le comunicazioni relative ai dimissionari vengono fornite mensilmente alla Compagnia entro il 15 del mese successivo a quello dell'avvenuta modifica.

Le comunicazioni relative ai neoassunti sono disciplinate al successivo punto 11. "Inclusioni / esclusioni".

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- a) *Pre-ricovero* Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
- b) *Intervento chirurgico* Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
- c) *Assistenza medica, medicinali, cure.* Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali (anche omeopatici), esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Rientrano in garanzia le spese per apparecchi protesici e sanitari, carrozzelle ortopediche, nonché i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
- d) *Retta di degenza* Non sono comprese le spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono, giornali etc.
- e) *Accompagnatore* Sono comprese le spese per retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 80,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
- f) *Assistenza infermieristica privata individuale* Sono comprese le spese per assistenza infermieristica privata individuale rimborsate nel limite di € 55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate
- g) *Post ricovero* Esami e accertamenti diagnostici, medicinali (anche omeopatici), prestazioni mediche e chirurgiche, infermieristiche trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali (anche omeopatici) prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

3.2 NEONATI

La Società provvede anche al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati ai neonati, compresi quelli di plastica ricostruttiva e resi necessari da malformazioni accertate al momento della nascita.

La presente garanzia è data in automatico per un periodo di 45 giorni post nascita; semprechè l'inclusione del neonato avvenga entro detto periodo secondo le modalità della sezione "D. OPZIONE PER GARANZIA FAMILIARI". Quanto sopra in parziale deroga al successivo art. D.4 punto 3).

La garanzia è soggetta alle limitazioni di cui all'art D.4 punto 2) della Sezione di polizza "D. OPZIONE PER GARANZIA FAMILIARI".

3.3 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.050,00 per ricovero.

3.4 DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.3 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, gli esami e gli accertamenti effettuati a soli fini diagnostici. Tale esclusione non si applica per i ricoveri in day-hospital quando gli accertamenti o le visite effettuate a soli fini diagnostici, nel loro complesso e tra loro correlate, necessitano del ricovero in regime di day-hospital per specifiche condizioni cliniche del paziente, o per motivazioni tecnicamente legate alla natura dell'accertamento.

3.5 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e 3.3 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.6 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o a infortunio, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.3 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.7 PARTO E ABORTO

3.7.1 PARTO CESAREO In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; g) "Post-ricovero", e 3.3 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 6.500,00 per anno assicurativo, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

3.7.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura", lettera g) "Post-ricovero", e 3.3 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 2.000,00 per anno assicurativo, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

3.8 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.600,00 per anno assicurativo.

3.9 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) *Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati:* In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla

Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

- punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura”, lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;
- punto 3.3 “Trasporto sanitario”
- punto 3.8 “Rimpatrio della salma”

che vengono rimborsate all’Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e della seguente:

- punto 3.7 “Parto e aborto”;

che viene liquidata alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti al punto indicato.

- b) *Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società:* In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all’Assicurato nella misura dell’80%, con l’applicazione di un minimo non indennizzabile di € 1.000,00 e di un massimo non indennizzabile di € 10.000,00 (il minimo non indennizzabile viene ridotto ad € 250,00 per la garanzia “intervento chirurgico ambulatoriale”) ad eccezione delle seguenti:

- punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura”, lett. e) “Accompagnatore” nonché lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;
- punto 3.3 “Trasporto sanitario”;
- punto 3.7 “Parto e aborto”;
- punto 3.8 “Rimpatrio della salma”

che vengono rimborsate all’Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

- c) *Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale:* Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.10 “Indennità Sostitutiva”.

Qualora l’Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall’Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l’indennità sostitutiva”.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell’Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”.

3.10 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L’Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un’indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 60 giorni per anno; tale indennità verrà corrisposta a partire da 5° giorno in caso di ricovero senza intervento chirurgico. Tale franchigia non si applica per i ricoveri in day hospital nei quali l’assicurato effettui radioterapia, chemioterapia, cobaltoterapia, dialisi.

Nel caso il ricovero sia effettuato in un reparto di terapia intensiva, l’indennità si intenderà raddoppiata per il relativo periodo di degenza all’interno del reparto di terapia intensiva. In caso di day-hospital l’importo suddetto viene ridotto a € 40,00.

3.11 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 155.000,00.

3.12 PROSECUZIONE DELLA GARANZIA OLTRE LA SCADENZA

Qualora il ricovero abbia inizio entro la data di scadenza del contratto, la garanzia è operante anche successivamente alla scadenza dell’assicurazione stessa sino a quando l’Assicurato venga dimesso dall’Istituto di cura.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE E CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

4.1 Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)

- Amniocentesi (la prestazione è finalizzata ad evidenziare eventuali malformazioni del feto in presenza di situazioni ereditarie o di un'età della gestante superiore ai 35 anni)
- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Gastrosopia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago, Rx tubo digerente
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

4.2 Chemioterapia

4.3 Cobaltoterapia

4.4 Dialisi

4.5 Elettromiografia

4.6 Laserterapia a scopo fisioterapico

4.7 Risonanza Magnetica Nucleare

4.8 Scintigrafia

4.9 Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)

La garanzia del presente punto 4. "Alta Specializzazione" è prestata fino ad un massimo di € 7.500 per anno assicurativo.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica o la certificazione dello specialista che ha effettuato la prestazione, contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa,.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'85% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

4.10 Cure dentarie da infortunio

Sono comprese in garanzia le cure dentarie e paradentarie rese necessarie da infortunio occorso durante l'operatività del contratto, purché certificato mediante la presentazione di certificato di pronto soccorso.

La presente garanzia è prestata con un sottolimito del massimale delle garanzie "Alta Specializzazione"; tale sottolimito corrisponde a € 1.000,00 per anno assicurativo, ferme restando le modalità liquidative sopraindicate.

5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per *visite specialistiche e per accertamenti diagnostici* conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite pediatriche se non specialistiche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica o la certificazione dello specialista che ha effettuato la prestazione, contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Il massimale annuo assicurato per l'insieme delle prestazioni qui previste corrisponde a € 1.050,00.

5.1 VISITE SPECIALISTICHE

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni visita specialistica.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

5.2 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

6. PROTESI ORTOPEDICHE

La Società rimborsa le spese per le protesi ortopediche, necessarie a seguito di malattia o infortunio occorso durante l'operatività del contratto, nel limite di € 1.050,00 per anno assicurativo.

7. DIAGNOSI COMPARATIVA – Centrale Diagnosi -

Qualora l'assicurato avverta l'esigenza di sottoporre i responsi ricevuti dai sanitari curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, all'autorevole verifica da parte dei migliori esperti delle diverse discipline specialistiche, potrà contattare direttamente la Centrale Operativa della Società attraverso il numero verde. In tal modo l'Assicurato verrà informato tempestivamente della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita.

La Compagnia, tramite la Centrale Diagnosi, mette a disposizione dell'assicurato i seguenti servizi:

1. *Consulenza Interna.* Viene fornito un servizio che rilascia un referto scritto, sulla base dell'analisi dei referti medici dell'assicurato, dell'esame da parte dei medici associati, dei principali risultati diagnostici presentati e dell'analisi e i consigli di un medico specialista le cui caratteristiche risultano essere appropriate al caso. La relazione scritta includerà un sunto delle informazioni riguardanti il medico interpellato sul caso, comprendente la specializzazione, la formazione e l'esperienza maturata.
2. *Trova Il Miglior Medico.* Viene fornito un servizio che metterà in contatto l'assicurato con un massimo di tre specialisti scelti tra i migliori nel trattamento di quella particolare malattia. Il Centro Diagnosi ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'assicurato.
3. *Trova la Miglior Cura.* Viene fornito il servizio per prendere tutti gli appuntamenti e gli accordi per l'accettazione, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza, e fornisce un servizio clienti 24 ore su 24 per i pazienti.

Amministrativamente, il Centro Diagnosi supervisiona il pagamento delle richieste mediche di risarcimento, incluso garantire che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi.

Il complesso delle prestazioni suindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, il cliente dovrà inviare alla Società la documentazione clinica in suo possesso richiesta dal medico. Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Società, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

8. SERVIZI DI CONSULENZA E DI ASSISTENZA - Centrale Operativa -

In Italia:

- I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa, telefonando al numero verde attivo dal lunedì al venerdì per undici ore al giorno in una fascia oraria compresa tra le ore 8:00 e le ore 20:00;

E dall'estero dal numero componendo il numero che verrà indicato.

a) *Informazioni sanitarie telefoniche:* La 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.

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde.

- c) *Pareri medici immediati:* Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica urgente 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 300 km per evento.

- f) *Trasferimento in centro medico specializzato:* Qualora l'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sottoelencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa. Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica .

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato .

All'estero

La Società, tramite la Centrale Operativa, presta per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi componendo dall'estero il numero indicato

- g) *Viaggio di un familiare all'estero:* Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di € 300,00 per sinistro.
- h) *Invio di medicinali urgenti all'estero:* Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative. Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.
- i) *Rimpatrio sanitario:* Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario

il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla propria residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sottoelencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe e, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, in classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

9. PREMIO

I premi annui lordi per il complesso delle prestazioni indicate, comprensivi di oneri fiscali pari al 2.50%, corrispondono ai seguenti importi:

per singolo dipendente base d'asta Euro 680,00

10. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La garanzia per i dipendenti avrà effetto dalle ore 00.00 del 30.06.08. L'IPZS si impegna a trasmettere l'elenco dei dipendenti assicurati, contenente nome, cognome, codice fiscale.

11. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

Le "movimentazioni" degli Assicurati, all'interno della presente polizza, sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) *Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto di polizza*

Nel caso di nuove assunzioni, la garanzia per il dipendente decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni; qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

Fermo restando la data di effetto per ciascuna inclusione, tali inclusioni saranno oggetto di un apposito atto di variazione contrattuale emesso trimestralmente.

I premi risultanti da questo atto di variazione, dovranno essere versati alla Società entro 15 giorni dalla data di ricevimento contributo/premio alla CASSA Contraente.

2) *Cessazione del rapporto di lavoro*

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente viene mantenuto nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

3) *Promozioni a Dirigente*

Nel caso di promozione, la copertura per il nuovo dirigente viene mantenuta nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata sono stati pagati entro 15 giorni, diversamente ha effetto dalle ore 00.00 del giorno dell'avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha durata biennale e scade alle ore 00.00 del 30/06/2010 e quindi cessa di avere effetto alla scadenza stabilita.

Ove ne ricorrano le condizioni previste dalla legge, il Contraente potrà richiedere, in accordo tra le Parti, il rinnovo del contratto per una durata massima pari a quella originaria inoltrando richiesta scritta alla Società entro 90 giorni antecedenti la scadenza.

E' inoltre facoltà del Contraente, entro 60 giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di 180 giorni.

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

A.4 ONERI FISCALI

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

A.5 FORO COMPETENTE

A scelta della parte attrice, il foro competente è quello del luogo di residenza dell'Azienda o dell'Assicurato.

A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

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

A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

A.8 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente/Azienda 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.9 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente/Azienda e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata, cui sono parificati telefax, telegrammi ed e-mail alla Direzione della Società, oppure all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

A.10 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio.

Ciò premesso, si conviene fra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

A.11 INFORMAZIONI SUI SINISTRI

La Società si impegna a fornire dettagliato resoconto riguardo ai sinistri denunciati, liquidati e/o riservati e/o archiviati senza seguito, relativamente al periodo assicurativo intercorso, a semplice richiesta del Contraente/Azienda ed entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della stessa.

A.12 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

La Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art.1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili del danno.

A.13 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/AZIENDA

La Società presta la garanzia e determina il premio sulla base delle dichiarazioni del Contraente. L'omissione della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le incomplete od inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della presente polizza o durante il corso della stessa, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione della miopia, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, ad eccezione di quanto previsto al punto 4 "Alta Specializzazione e Cure dentarie da infortunio";
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
7. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. gli interventi per sostituzione di protesi di qualunque tipo preesistenti alla stipulazione del contratto;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

B.3 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età del dipendente, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età.

C - SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso potrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al numero verde gratuito (dall'estero numero indicato dalla compagnia) e specificare la prestazione richiesta.

Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti: C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società", C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti: C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e 3.9 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b)" Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società".

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

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

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

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

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

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti: C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Società la documentazione necessaria: modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto 3.9 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti: C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

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

C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) *Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società*: La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B) *Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società*: La documentazione di spesa in originale viene conservata dalla Società e inviata all'Assicurato con cadenza mensile.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito alla stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e non liquidate nel corso del mese;
- **riepilogo trimestrale** delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate nel corso del trimestre;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

C.2 LIQUIDAZIONE SINISTRI

La liquidazione dei sinistri avverrà nel rispetto di un numero massimo di giorni che non può essere in ogni caso superiore a 45 giorni lavorativi. E' possibile da parte degli assicurati, in caso di sinistro o di richiesta della prestazione, la consultazione telematica della propria posizione sul sito della compagnia.

C.3 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio medico sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

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

**SEZIONE DI POLIZZA : “FAMILIARI DEI DIPENDENTI”
(OPZIONE FACOLTATIVA)
CONDIZIONI DI GARANZIA**

PREMESSA

La presente Sezione è una opzione di polizza, che sarà attivata solo nel caso in cui, entro tre mesi dalla data di avvio della polizza “Dipendenti” e più precisamente entro il 30/09/2008, saranno pervenute all’IPZS da parte dei propri Dipendenti, richieste di adesione per “*Insieme Familiari*” in misura non inferiore a 650.

D.1 OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE

Le garanzie di polizza possono essere estese ai “familiari” risultanti dallo stato di famiglia del dipendente assicurato; per “familiari” si intendono: il coniuge o il convivente “more uxorio” ed i figli fiscalmente a carico (questi ultimi anche se non risultanti dallo stato di famiglia).

Viene stabilito che in caso di richiesta di estensione, deve essere garantito l’intero insieme dei familiari (come definiti), non essendo garantibile una sola una parte degli stessi.

Le prestazioni garantite ai familiari sopra elencati, le condizioni di polizza e le Condizioni Generali, salvo quanto più avanti riportato, sono le stesse previste per il dipendente assicurato nella Sezione “Dipendenti”.

Le prestazioni sono garantite per i familiari dei dipendenti, i quali abbiano fatto pervenire all’IPZS entro tre mesi dall’inizio della presente polizza, e più precisamente entro il 30/09/2008, il “modulo di adesione” contenente nome e cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale e tutti gli altri dati richiesti **di tutti i componenti**, nonché ed il modulo “privacy” regolarmente, il tutto compilato e firmato dal dipendente richiedente, con relativo versamento del premio stabilito, a carico del dipendente assicurato, secondo normativa.

L’IPZS, al ricevimento della modulistica da parte del dipendente, si impegna a trasmetterla alla CASSA, apponendo la data di ricevimento ed il timbro per ricevuta, entro la data ultima suindicata, se attivata la garanzia.

D.2 MASSIMALI DI GARANZIA E MASSIMALI AGGREGATI

I familiari assicurati hanno diritto agli stessi limiti di massimale previsti per il dipendente (salvo quanto sotto riportato), per ciascuna garanzia prestata; in ogni caso il massimale previsto per il è da considerarsi “unico ed aggregato” anche per la prestazione ai familiari, cioè la Società non rimborserà somma superiore a quella di tale massimale, anche in caso di più prestazioni erogate all’intero “insieme familiare” (inteso come l’insieme di dipendente e familiari).

A deroga di quanto sopra, in caso di messa in garanzia dei familiari, il massimale “insieme familiare” delle sotto riportate singole garanzie, viene così elevato:

- | | |
|--|---------------|
| • Punto 4.10 Alta specializzazione – Cure Dentarie da infortunio | Euro 1.500,00 |
| • Punto 5 Visite specialistiche ed Accertamenti diagnostici | Euro 1.500,00 |
| • Punto 6 Protesi ortopediche | Euro 1.500,00 |

Per i familiari non è prevista la garanzia “diagnosi comparativa” di cui al punto 7 di Polizza.

D.3. PREMIO

I premi annui lordi per il complesso delle prestazioni suindicate, per l’intero insieme dei familiari, comprensivi di oneri fiscali pari al 2.50%, da versarsi in aggiunta al premio relativo al “dipendente” assicurato, corrispondono ai seguenti importi massimi:

per “insiemi familiari” (al massimo 1 componente oltre al dipendente) Euro 550,00 (cinquecentocinquanta/00)
per “insiemi familiari” (al massimo 2 componenti oltre al dipendente) Euro 830,00 (ottocentotrenta/00)
per “insiemi familiari” (oltre i 2 componenti oltre al dipendente) Euro 1.050,00 (millecinquanta/00)

La copertura per i familiari avrà effetto dalle ore 00.00 del 30/09/2008, purché sia consegnato il modulo di adesione; il premio relativo alla prima annualità di polizza, pari ai 9/12 del premio sopra evidenziato, sarà

versato a C.A.S.S.A da IPZS all'attivazione della garanzia in un'unica soluzione. IPZS concorderà con il dipendente le modalità di trattenuta sullo stipendio del premio anticipato.

D.4 CONDIZIONI PARTICOLARI

1) *Inclusione dei Familiari*

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, possono essere inclusi i familiari a partire dalla data sopra citata, alle condizioni previste. Oltre detto termine potranno essere inseriti esclusivamente i familiari di dipendenti neoassunti.

2) *Inclusione dei neonati*

A maggior precisazione di quanto alla Sezione Dipendenti, art 3.2, si evidenzia che l'automatismo di copertura di 45 gg ivi previsti è soggetto all'operatività della presente Sezione

3) *Inserimento di familiari di nuovi dipendenti (neoassunti) in data successiva all'effetto di polizza*

Nel caso di nuove assunzioni, per la garanzia per i familiari, il dipendente dovrà includerli nella copertura all'atto dell'assunzione e non potrà inserirli successivamente.

L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio all'IPZS dell'apposito modulo di adesione e pagamento del relativo premio.

4) *Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia*

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio all'IPZS dell'apposito modulo.

La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempreché sia stato pagato il relativo premio.

5) *Cessazione del rapporto di lavoro del dipendente*

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro del dipendente, gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

6) *Promozioni a Dirigente del dipendente*

Nel caso di promozione del dipendente a Dirigente, la copertura per gli eventuali familiari assicurati viene mantenuta nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

D.5 LIMITI DI ETÀ

Poiché è stabilito che l'assicurazione del dipendente può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età del titolare, e poiché cessa automaticamente la garanzia alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età, viene stabilito che per i "familiari" l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina la garanzia per il titolare dipendente.

Qualora, invece, un componente dei "familiari" raggiunga il 75° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

ALLEGARE

(a cura della Società Assicuratrice)

- TRATTAMENTO DATI PERSONALI COMPAGNIA
- ATTO DI CONVENZIONE CON CASSA
- TRATTAMENTO DATI PERSONALI CASSA

MODULISTICA PER DIPENDENTI

- MODULO ADESIONE A CASSA

- MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

MODULISTICA PER FAMILIARI DEI DIPENDENTI

- MODULO ADESIONE A CASSA
- MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO SpA

REPORT POPOLAZIONE ASSICURATA E STATISTICA SINISTRI

Al fine di permettere alle Compagnie Partecipanti di effettuare la corretta valutazione del rischio proposto, vengono di seguito fornite le informazioni salienti relative allo status della popolazione oggetto della copertura sanitaria; nonché le informazioni relative alla numerosità e tipologia dei sinistri che la popolazione osservata ha sviluppato nel corso dell'ultimo biennio, suddivisa per categorie assicurate.

Nello specifico:

- la “Tabella 1” riepiloga le informazioni base, relative alla tipologia di assicurati e la loro suddivisione per fasce di età (territorialmente la popolazione è concentrata all’80% su area Roma ed il 20% su area Foggia);
- la “Tabella 2” fornisce informazioni sintetiche relative alla composizione tipo degli “insiemi familiari”;
- la “Tabella 3” riepiloga i sinistri dell’annualità 2006 – 2007 per la categoria dipendenti (i dati sono espressi sull’analisi di una popolazione di circa 2.300 teste assicurate)
- la “Tabella 4” riepiloga i sinistri dell’annualità 2006 – 2007 per la categoria familiari (i dati sono espressi sull’analisi di una popolazione di circa 950 teste assicurate)
- la “Tabella 5” riepiloga i sinistri dell’annualità 2007 – 2008 per la categoria dipendenti (i dati sono espressi sull’analisi di una popolazione di circa 2.300 teste assicurate)
- la “Tabella 6” riepiloga i sinistri dell’annualità 2007 – 2008 per la categoria familiari (i dati sono espressi sull’analisi di una popolazione di circa 950 teste assicurate)

Tabella 1: Status Demografico

| Status Demografico Dipendenti in forza al 31/12/07 (Dato IPZS) | | | | | | | | |
|--|----------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------|--------------|-----------|
| | Età | 20 ≤ Età ≤ 30 | 31 ≤ Età ≤ 40 | 41 ≤ Età ≤ 50 | 51 ≤ Età ≤ 60 | Over 60 | Totali | Età Media |
| Sesso | % | 4,1 | 8,5 | 27,8 | 58,1 | 1,5 | | |
| Femmine | 24,9 | 44 | 48 | 202 | 254 | 6 | 554 | 47,7 |
| Maschi | 75,1 | 48 | 142 | 416 | 1.038 | 27 | 1.671 | 50,2 |
| Totale | | 92 | 190 | 618 | 1.292 | 33 | 2.225 | |

Fonte: Funzione Personale e Organizzazione - Istituto Poligrafico e Zecca dello StatoSpA

Tabella 2: Status Civile

| Status Civile Dipendenti in forza al 31/12/07 (Dato IPZS) | | | | | |
|---|-------|------------|-------------------------------------|-------|------------|
| Staus | % | Numerosità | Status | % | Numerosità |
| Coniugati | 75,10 | 1671 | Nuclei Familiari con 0 Figli | 43,55 | 969 |
| Non Coniugati | 21,30 | 474 | Nuclei Familiari con 1 Figli | 28,40 | 632 |
| Altro Status | 3,60 | 80 | Nuclei Familiari con 2 Figli | 23,10 | 514 |
| | | | Nuclei Familiari con 3 Figli | 4,36 | 97 |
| | | | Nuclei Familiari con più di 3 Figli | 0,58 | 13 |
| Totale | | 2.225 | Totale | | 2.225 |

Tabella 3: Riepilogo Sinistri Dipendenti annualità 2006 - 2007

| Statistica Sinistri DIPENDENTI (2.300 c.a.) Periodo 30/06/06 - 30/04/07 | | | | | | | | | | |
|---|--------------|----------------|-------------|---------------|-------------|---------------|------------------------|------------------|------------------------------|------------------|
| Tipo Sinistro | Rete | | Fuori Rete | | SSN | | RILEVAZIONE 10 MESI | | PROIEZIONE TOTALE 12 MESI | |
| | N. Sinistri | Costo | N. Sinistri | Costo | N. Sinistri | Costo | N. Sinistri | Costo | N. Sinistri | Costo |
| RICOVERO | 101 | 561.176 | 9 | 35.900 | 1 | 1.476 | 111 | 598.552 | 133 | 718.262 |
| INTERVENTO AMBULATORIALE | 26 | 21.209 | 4 | 3.004 | 5 | 581 | 35 | 24.794 | 42 | 29.753 |
| INDENITA' SOSTITUTIVA | | | | | 53 | 28.830 | 53 | 28.830 | 64 | 34.596 |
| VISITE E ACCERTAMENTI | 2.807 | 306.272 | 286 | 23.540 | 403 | 15.877 | 3.496 | 345.689 | 4.195 | 414.827 |
| ODONTOIATRICHE | | | 4 | 1.119 | 2 | 62 | 6 | 1.181 | 7 | 1.417 |
| SPESE SANITARIE VARIE | 2 | 405 | 4 | 657 | 1 | 24 | 7 | 1.086 | 8 | 1.303 |
| ASSISTENZA | 60 | 2.414 | | | | | 60 | 2.414 | 72 | 2.897 |
| TOTALE | 2.996 | 891.476 | 307 | 64.220 | 465 | 46.850 | 3.768 | 1.002.546 | 4.522 | 1.203.055 |

Fonte: Dati Unisalute

Tabella 4: Riepilogo Sinistri familiari annualità 2006 - 2007

| Statistica Sinistri FAMILIARI (950 c.a.) Periodo 30/06/06 - 30/04/07 | | | | | | | | | | |
|--|--------------|----------------|-------------|---------------|-------------|---------------|------------------------|----------------|------------------------------|----------------|
| Tipo Sinistro | Rete | | Fuori Rete | | SSN | | RILEVAZIONE 10 MESI | | PROIEZIONE TOTALE 12 MESI | |
| | N. Sinistri | Costo | N. Sinistri | Costo | N. Sinistri | Costo | N. Sinistri | Costo | N. Sinistri | Costo |
| RICOVERO | 39 | 215.036 | 3 | 13.757 | 1 | 565 | 43 | 229.358 | 52 | 275.230 |
| INTERVENTO AMBULATORIALE | 12 | 7.348 | 2 | 1.243 | 2 | 240 | 16 | 8.831 | 19 | 10.597 |
| INDENITA' SOSTITUTIVA | | | | | 27 | 15.959 | 27 | 15.959 | 32 | 19.151 |
| VISITE E ACCERTAMENTI | 1.241 | 121.812 | 178 | 14.591 | 339 | 11.731 | 1.758 | 148.134 | 2.110 | 177.761 |
| ODONTOIATRICHE | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SPESE SANITARIE VARIE | | | 2 | 2.678 | | | 2 | 2.678 | 2 | 3.214 |
| ASSISTENZA | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTALE | 1.292 | 344.196 | 185 | 32.269 | 369 | 28.495 | 1.846 | 404.960 | 2.215 | 485.952 |

Fonte: Dati Unisalute

Tabella 5: Riepilogo Sinistri Dipendenti annualità 2007 - 2008

| Statistica Sinistri DIPENDENTI (2.300 c.a.) Periodo 30/06/07 - 31/01/08 | | | | | | | | | | |
|---|--------------|----------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-----------------------|----------------|------------------------------|------------------|
| Tipo Sinistro | Rete | | Fuori Rete | | SSN | | RILEVAZIONE 7 MESI | | PROIEZIONE TOTALE 12 MESI | |
| | N. Sinistri | Costo | N. Sinistri | Costo | N. Sinistri | Costo | N. Sinistri | Costo | N. Sinistri | Costo |
| RICOVERO | 68 | 358.110 | | | | | 68 | 358.110 | 117 | 613.903 |
| INTERVENTO AMBULATORIALE | 19 | 12.583 | 5 | 4.849 | 4 | 281 | 28 | 17.713 | 48 | 30.365 |
| INDENITA' SOSTITUTIVA | | | | | 23 | 9.761 | 23 | 9.761 | 39 | 16.733 |
| VISITE E ACCERTAMENTI | 2.292 | 227.378 | 180 | 18.055 | 265 | 8.154 | 2.737 | 253.587 | 4.692 | 434.721 |
| ODONTOIATRICHE | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SPESE SANITARIE VARIE | 3 | 1.122 | | | | | 3 | 1.122 | 5 | 1.923 |
| ASSISTENZA | 37 | 1.461 | | | | | 37 | 1.461 | 63 | 2.505 |
| TOTALE | 2.419 | 600.654 | 185 | 22.904 | 292 | 18.196 | 2.896 | 641.754 | 4.965 | 1.100.150 |

Fonte: Dati Unisalute

Tabella 6: Riepilogo Sinistri familiari annualità 2007 - 2008

| Statistica Sinistri FAMILIARI (950 c.a.) Periodo 30/06/07 - 31/01/08 | | | | | | | | | | |
|--|-------------|----------------|-------------|---------------|-------------|--------------|-----------------------|----------------|------------------------------|----------------|
| Tipo Sinistro | Rete | | Fuori Rete | | SSN | | RILEVAZIONE 7 MESI | | PROIEZIONE TOTALE 12 MESI | |
| | N. Sinistri | Costo | N. Sinistri | Costo | N. Sinistri | Costo | N. Sinistri | Costo | N. Sinistri | Costo |
| RICOVERO | 13 | 71.089 | 9 | 29.426 | 1 | 1.327 | 23 | 101.842 | 39 | 174.586 |
| INTERVENTO AMBULATORIALE | 5 | 5.635 | | | 1 | 144 | 6 | 5.779 | 10 | 9.907 |
| INDENITA' SOSTITUTIVA | | | | | 4 | 2.169 | 4 | 2.169 | 7 | 3.718 |
| VISITE E ACCERTAMENTI | 958 | 91.417 | 87 | 7.422 | 136 | 3.986 | 1.181 | 102.825 | 2.025 | 176.271 |
| ODONTOIATRICHE | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SPESE SANITARIE VARIE | 2 | 603 | 2 | 45 | | | 4 | 648 | 7 | 1.111 |
| ASSISTENZA | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTALE | 978 | 168.744 | 98 | 36.893 | 142 | 7.626 | 1.218 | 213.263 | 2.088 | 365.594 |

Fonte: Dati Unisalute