

Capitolato tecnico dell'Assicurazione

**RIMBORSO SPESE SANITARIE
A FAVORE
DEI DIRIGENTI
DI LAZIO INNOVA SPA**

La presente polizza è stipulata tra CASSA

e

.....

Per l'Associato

**Lazio Innova Spa
Via Marco Aurelio 26/A
00184 Roma (RM)**

LOTTO 1 B)

CIG:.....

**Decorrenza ore 24.00 del 31/12/2025
Scadenza ore 24.00 del 31/12/2028**

Sommario

DEFINIZIONI.....	3
PREMESSA.....	6
SEZIONE 1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	7
Art. 1.1 Durata del contratto.....	7
Art. 1.2 – Soggetti assicurati.....	7
Art. 1.3 – Inclusione ed esclusione degli assistiti	7
Art. 1.4 – Pagamento e regolazione del Contributo.....	9
Art.1.4 bis Contributi annui lordi previsti per le adesioni facoltative	10
Art. 1.5 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro.....	10
Art. 1.6 – Obblighi dell'Assicuratore – Attività di supporto e assistenza.....	10
Art. 1.7 – Criteri di liquidazione	11
Art. 1.8 – Obbligo della Società di fornire dati sull'andamento del rischio	11
Art. 1.9 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – variazione del rischio.....	11
Art. 1.10 – Revisione del prezzo.....	12
Art. 1.11 – Assicurazione presso diversi Assicuratori.....	12
Art. 1.12 – Modifiche dell'assicurazione.....	13
Art. 1.13 – Forma delle comunicazioni dell'Associato alla Società.....	13
Art. 1.14 – Oneri fiscali	13
Art. 1.15 – Foro competente.....	13
Art. 1.16 – Interpretazione del contratto.....	13
Art. 1.17 – Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta	13
Art. 1.18 – persone non assicurabili.....	13
Art. 1.19 – Coassicurazione e delega.....	13
Art. 1.20 – Clausola Broker	14
Art. 1.21 – Rinvio alle norme di legge	14
Art. 1.22 – Validità del contratto.....	14
Art. 1.23 – Validità delle norme dattiloscritte.	15
Art. 1.24 – Tracciabilità dei flussi finanziari	15
Art. 1.25 – Trattamento dei dati personali	15
Art. 1.26 - Termini di prescrizione.....	15
SEZIONE 2. MODALITA' DI EROGAZIONE E CRITERI DI LIQUIDAZIONE	16
Art. 2.1 - Regime di convenzionamento diretto	16
Art. 2.2 - Regime rimborsuale.....	16
Art. 2.3 – Forma mista.....	17
Art. 2.4 – Servizio sanitario nazionale	17
Cosa fare in caso di sinistro.....	18

SEZIONE 3 – CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE SANITARIE..	20
Art. 3.1 – Oggetto del servizio	20
Art. 3.2 – Prestazioni	20
Art. 3.3 – Diaria sostitutiva	28
Art. 3.4 – Neonati.....	28
Art. 3.5 – Estensioni di garanzia	28
SEZIONE 4. LIMITAZIONI	29
Art. 4.1 – Estensione territoriale.....	29
Art. 4.2 – Esclusioni dall'Assicurazione.....	29
Art. 4.3 – Limiti di età.....	29
SCHEDA DELLE GARANZIE BASE DIRIGENTI.....	30
SEZIONE 5 COPERTURA ASSICURATIVE RIMBORSO SPESE MEDICHE AD ADESIONE FACOLTATIVA “PLUS” AL PIANO BASE.....	32
PREMESSA.....	32
SEZIONE 6 CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE AD ADESIONE FACOLTATIVA “PLUS” AL PIANO BASE.....	34
Art. 6.1 – Oggetto del servizio	34
Art. 6.2 – Prestazioni	42
Art. 6.4 – Neonati.....	42
Art. 6.5 – Estensioni di garanzia.....	42
SEZIONE 7 LIMITAZIONI.....	43
Art. 7.1 – Estensione territoriale.....	43
Art. 7.2 – Esclusioni dall'Assicurazione.....	43
Art. 7.3 – Limiti di età.....	43
SCHEDA DELLE GARANZIE PLUS DIRIGENTIPIEGATI.....	44
ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	46
SCHEDA DI POLIZZA.....	50

DEFINIZIONI

Nel testo della presente polizza di assicurazione che segue, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Annualità assicurativa o periodo assicurativo

Periodo in cui la polizza garantisce copertura. Viene calcolato a partire dalla data di decorrenza della polizza, così come specificato all'art. 1 "Durata del contratto".

Assicurato/ Beneficiario

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione, nello specifico:

- Dirigenti di Lazio Innova Spa;
- nucleo familiare del dipendente in servizio

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dalle Parti.

Assistenza diretta

La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso il network della Società senza anticipare la spesa, ma delegando la Società al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante.

Assistenza indiretta

La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'Assistito riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso i centri non convenzionati o da personale medico non convenzionato. In questo caso la copertura della prestazione viene gestita sotto forma di rimborso.

Associato

Lazio Innova Spa

Broker

Howden S.p.A. – Sede Legale in Milano, Via Costanza Arconati, 1 e Sede Operativa in Roma, Via Bartolomeo Eustachio,8, Mandatario incaricato dal Contraente per la gestione ed esecuzione del contratto, quale intermediario ai sensi dell'art. 109 comma 2 lett. b) del D.lgs. n. 209/2005.

Cassa di Assistenza

La Cassa assistenziale, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di Legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Centrale Operativa

La Struttura che consente l'erogazione delle prestazioni previste in polizza e che, senza oneri per l'Assicurato, provvede a: organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate; fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui

convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

Centri Convenzionati (network)

La rete convenzionata costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti ed odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta.

Certificato di assicurazione o Certificato

Il documento che viene emesso dalla Società e che stabilisce i termini di operatività della singola copertura assicurativa.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza. Il Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) C.A.S.S.A. - Cassa Autonoma Servizi Sanitari Assistenziali (Sede Legale: Via Visconti di Modrone, 28 - 20122 Milano – Sede Operativa: Via Costanza Arconati, 1 - 20135 Milano), iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui ai Decreti del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che stipula la polizza per conto dell'Associato.

Evento

Per evento si intendono tutti gli accertamenti, visite ed esami riguardanti la stessa patologia, le cui spese dovranno essere inviate contemporaneamente e sono da considerarsi unico sinistro e di conseguenza l'eventuale franchigia e/o scoperto verranno applicati una sola volta.

Ente

Associato

Franchigia e /o scoperto

L'importo o la percentuale che rimane a carico dell'assicurato, riferito all'ammontare delle spese effettivamente sostenute dall'assicurato e indennizzabili a termini di polizza.

Grandi Interventi

Gli interventi elencati nell'apposita sezione di polizza.

Indennità Sostitutiva/Diaria

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento Chirurgico

Atto medico, con una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato con la cruentazione dei tessuti oppure utilizzando sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono intervento chirurgico.

Intervento ambulatoriale

Intervento di chirurgia senza ricovero effettuato in ambulatorio o studio medico chirurgico.

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

Day Hospital

ricovero senza pernottamento in istituto di cura per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (day Surgery) documentate da cartella clinica. Non è day hospital la permanenza la Pronto Soccorso

Malattia

Alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio,

Massimale per nucleo

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

Nucleo Familiare

Si considera nucleo familiare del dipendente dell'Azienda Associata alla C.A.S.S.A. - Cassa Autonoma Servizi Sanitari Assistenziali:

- il coniuge;
- il convivente more uxorio, la persona designata come coniuge da contratti di convivenza (same sex partner), purché risultanti dallo stato di famiglia;
- i figli del dipendente conviventi risultanti dallo stato di famiglia;
- i figli del dipendente non conviventi purché fiscalmente a carico.

Polizza collettiva

Il documento che prova l'Assicurazione, stipulata ai sensi dell'art. 1891 c.c., da un contraente per conto e nell'interesse di un gruppo di assicurati.

Contributo

La somma dovuta dall'Associato alla Società, per tramite del Contraente.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento; la degenza in pronto soccorso non costituisce ricovero.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Società

L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.

PREMESSA

Le prestazioni oggetto della presente assicurazione confluiranno all'interno del Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 che la Compagnia dovrà garantire e alla quale Lazio Innova Spa dovrà associarsi.

Il presente Capitolato ha l'obiettivo di definire le caratteristiche e i requisiti relativi all'acquisizione di servizi di assistenza sanitaria Base stipulata in forma collettiva e obbligatoria in favore di tutto il Personale di Lazio Innova con possibilità di estendere la copertura assicurativa, con oneri a carico dei soggetti assicurati, come segue:

- 1) adesione del nucleo familiare alla polizza Base;
- 2) adesione alla polizza facoltativa, definita "Plus, al piano sanitario Base" a favore del soggetto assicurato con possibile estensione al proprio nucleo familiare;

Il contributo complessivo (costo polizza base + costo aggiuntivo e facoltativo come sopra riportato) per ogni singolo soggetto assicurato, verrà versato da Lazio Innova Spa alla Cassa di Assistenza.

Le prestazioni oggetto dell'appalto dovranno essere eseguite secondo le modalità e alle condizioni espresse nel presente Capitolato - che descrive il contesto di riferimento e applicativo oggetto dell'appalto, nonché i livelli di servizio che devono essere rispettati in fase di esecuzione - ed a quelle migliorative indicate in Offerta Tecnica dall'aggiudicatario.

SEZIONE 1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1.1 Durata del contratto

Il contratto ha durata di anni tre con decorrenza dalle ore 24,00 del 31.12.2025 o dalla data di avvio comunicata dal Responsabile Unico del Progetto, se diversa, e scadenza alle ore 24,00 del 31.12.2028, senza tacita proroga.

Art. 1.2 – Soggetti assicurati

La presente copertura assicurativa viene prestata senza preventiva compilazione di questionario sanitario in favore dei seguenti soggetti:

a) Soggetti assicurati collettivamente dal Piano Sanitario Base

L'assicurazione è prestata in favore dei Dirigenti di Lazio Innova Spa indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti con opzione di estensione al nucleo familiare alla polizza Base.

b) Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario Base

I dirigenti possono estendere le garanzie del piano Base al proprio nucleo familiare, con oneri a proprio carico.

c) Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa alla polizza Plus

I dirigenti possono aderire facoltativamente con oneri a proprio carico al Piano Plus con possibile estensione all'intero nucleo familiare.

Art. 1.3 – Inclusione ed esclusione degli assistiti

A seguito dell'avvio del servizio, Lazio Innova Spa fornirà l'elenco del personale in servizio presso la stessa entro 30 giorni la data di decorrenza della copertura, utilizzando apposito tracciato predisposto dalla Società.

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

- se avvenute nel primo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'intero Contributo annuo;
- se avvenute nel secondo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'60% del Contributo annuo.

Eventuali esclusioni di assicurati, avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del Contributo che si considera acquisito dalla Società. Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex dipendente e gli eventuali familiari assicurati, verranno mantenuti nella garanzia fino alla prima scadenza annuale successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Le variazioni di assicurati che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicate da Lazio Innova Spa, a mezzo posta elettronica alla Società, per tramite del Broker.

Nel caso di nuova assunzione la copertura assicurativa sarà efficace dalle ore 24:00 della data di assunzione se la comunicazione alla Società, anche per il tramite del Broker, venga effettuata entro 30 giorni, dalla data di assunzione. Qualora la comunicazione sia posteriore la copertura assicurativa decorrerà dalle ore 24:00 della data di effettiva comunicazione.

Le inclusioni di assicurati ad adesione facoltativa sono così regolamentate:

1. Alla decorrenza del contratto, gli aventi diritto avranno a disposizione una finestra di ingresso di 30 giorni, durante la quale potranno effettuare l'adesione al piano sanitario per i propri familiari. La decorrenza della copertura sarà quella del contratto.
2. I nuovi assunti durante l'anno avranno 30 giorni di tempo dall'assunzione per effettuare l'adesione dei propri familiari al Piano Sanitario. La copertura avrà come effetto la data dell'assunzione.

Il Contributo verrà calcolato come segue:

- Per le adesioni nel primo semestre dell'anno, dovrà essere corrisposto il Contributo annuo;
- Per le adesioni nel secondo semestre dell'anno, dovrà essere corrisposto il 60% del Contributo annuo. Eventuali esclusioni di assicurati ad adesione facoltativa avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del Contributo che si considera pertanto acquisito dalla Società.

Il dipendente assicurato ha facoltà di disdetta della copertura assicurativa ad adesione facoltativa alla fine di ogni anno assicurativo. Per esercitare questo diritto deve darne comunicazione a Lazio Innova Spa con preavviso di gg. 30 rispetto alla scadenza annuale; si precisa che tale disdetta precluderà la possibilità di rientrare nella copertura fino alla scadenza naturale del contratto. Nel caso in cui l'Assicurato non includa i familiari, secondo le modalità e i termini di cui sopra, non sarà possibile procedere al loro inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (vedere Art. 1.1).

In caso di promozione, in corso d'annualità assicurativa, del dipendente assicurato ad una categoria superiore (es. da quadro a dirigente) è data facoltà all'Associata:

- 1) di mantenere l'opzione in corso fino al termine dell'annualità assicurativa
o,
- 2) in alternativa, optare per l'inclusione nella polizza categoria Dirigenti sottoscritta da Lazio Innova Spa pagando per intero il relativo Contributo, a fronte di massimali a nuovo.

In corso di vigenza contrattuale, intendendosi per tale il periodo triennale di durata iniziale del contratto, potrà essere inserito in copertura solo il nucleo familiare del personale di nuova assunzione ed i componenti del nucleo familiare dei dipendenti in forza, a seguito di modifica dello stato di famiglia (esempio: figli neonati o nuovi coniugi o conviventi) nei limiti di 30 giorni dall'assunzione o dalla variazione dello stato di famiglia.

Il dipendente assicurato ha facoltà di disdetta della copertura assicurativa ad adesione facoltativa alla fine di ogni anno assicurativo, con preavviso di 30 giorni; tuttavia, tale disdetta precluderà la possibilità di rientrare nella copertura fino alla scadenza del contratto.

Art. 1.4 – Pagamento e regolazione del Contributo sul Piano Base e eventuale estensione al nucleo familiare

Il Contributo annuo per il complesso delle prestazioni indicate nel **Piano BASE**, comprensivo di oneri fiscali, corrisponde ad euro per ogni dipendente beneficiario. Il Contributo annuo verrà calcolato al 31.12 di ogni annualità di ogni anno sulla base del numero effettivo di dipendenti beneficiari unitamente al numero effettivo delle adesioni volontarie. Lazio Innova Spa trasmetterà l'anagrafica di tali assicurati entro 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura. Ad oggi si stima un numero di assicurati pari a (.....) unità. Il Contributo di cui sopra verrà regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, secondo le inclusioni intervenute durante lo stesso periodo.

A parziale deroga dell'art.1901 del codice civile, il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di Contributo entro 90 (novanta) giorni dalla data della decorrenza della polizza; se il Contraente non paga il Contributo entro 90 (novanta) giorni, l'effetto dell'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Contributo. Se, il Contraente non paga il Contributo per le rate successive entro il 90° (novantesimo) giorno dalla scadenza, la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° (novantesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze successive stabilite.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del D.P.R. 602/1973 la Società dà atto che: l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n. 40 e s.m.i. ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto; il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973 e s.m.i. costituisce adempimento ai fini dell'art.1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nella procedura di affidamento, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ai sensi del D.lgs. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso Equitalia Servizi S.p.A., ai sensi del Decreto Ministeriale n.40 del 18/01/2008 e della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n.22 del 29/07/2008, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la Società stessa dà atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi di legge, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 (trenta) giorni di cui all'art. 3 del Decreto sopra citato.

Inoltre, il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72-bis del D.P.R. n. 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa. Tale termine è applicabile anche per il pagamento del Contributo relativo ad eventuali appendici di variazione o di attivazione.

Il contraente in fase di liquidazione del Contributo, ai sensi dell'art. 4 comma 3 del DPR 207/2010, opererà una ritenuta sull'importo netto del Contributo pari allo 0,50 per cento. Tale ritenuta potrà essere svincolata soltanto alla scadenza della polizza assicurativa, previa verifica di conformità delle prestazioni e rilascio del documento unico di regolarità contributiva.

Alla scadenza dell'annualità, la società procederà alla regolazione contabile dei Contributi dovuti in via definitiva in base alle variazioni intercorse sul Piano Base ed eventuali estensioni ai nuclei familiari in base al criterio indicato all'art. 1.3

Le differenze attive dovute a termini del presente articolo dovranno essere pagate entro 30 giorni successivi al ricevimento da parte di Lazio Innova Spa dell'apposita appendice ritenuta corretta. Se Lazio Innova Spa non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta.

Trascorso tale termine il Contributo anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene

considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Ateneo abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se Lazio Innova Spa non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del Contributo, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 1.4 bis – Contributi annui lordi previsti per le adesioni facoltative

Piano base

Dirigente: contributo €

Piano base

Estensione del nucleo familiare del Dirigente: Contributo € 2.446,00
(comprensivo del costo del piano base)

Premio annuo lordo per familiare non fiscalmente a carico al Piano Base € 750
(comprensivo del costo del piano base)

Piano Plus

Adesione facoltativa del dirigente: Contributo € 1.986,00
(comprensivo del costo del piano base)

Adesione facoltativa del nucleo familiare: Contributo € 3.000,00
(comprensivo del costo del piano base)

Premio annuo lordo per familiare non fiscalmente a carico al Piano Integrativo € 900
(comprensivo del costo del piano base)

I contributi delle adesioni facoltative non sono soggetti al ribasso

Si precisa che il massimale si intende per SINGOLO/NUCLEO anno

Art. 1.5 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato deve presentare denuncia alla Società/Cassa nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni sia in modalità diretta che rimborsuale.

Gli assicurati devono consentire la visita dei medici della società ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessaria, a tal fine liberando dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'assicurato stesso.

Art. 1.6 – Obblighi dell'Assicuratore – Attività di supporto e assistenza

La Società dovrà garantire per la gestione delle pratiche:

- l'utilizzo di un portale on-line dedicato alla gestione delle pratiche: entro 30 giorni solari dalla data di decorrenza dell'Assicurazione o, se successiva, dalla data di trasmissione dell'elenco del personale.

- un numero telefonico dedicato alla gestione delle pratiche e a fornire supporto e assistenza agli Assistiti su tutte le informazioni inerenti:
 - le condizioni di assicurazione;
 - le modalità di accesso alla rete convenzionata;
 - lo stato dei sinistri;
 - i tempi di rimborso e ogni altra informazione necessaria ad agevolare la corretta e tempestiva erogazione del servizio.

Il sopra indicato elenco viene riportato a titolo esemplificativo e non esaustivo.

- La predisposizione di apposito modulo per l'adesione dei familiari, in regola con le disposizioni di legge in materia di protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679 – "GDPR"). I dati dei familiari dovranno essere successivamente trasferiti alla Società tramite l'utilizzo di apposito tracciato informatico fornito dalla Società, per tramite del Broker.

Art. 1.7 – Criteri di liquidazione

Per prestazioni in forma indiretta /rimborsuale e/o utilizzo delle strutture sanitarie, entro 15 giorni solari dall'inserimento della richiesta la Società dovrà:

- evadere la pratica effettuando il pagamento dell'importo da liquidare;
- respingere la pratica con obbligo di motivazione;
- sospendere la pratica richiedendo eventuale documentazione integrativa.

Art. 1.8 – Obbligo della Società di fornire dati sull'andamento del rischio

Entro i 30 (trenta) giorni solari successivi al termine di ogni annualità, la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Associato l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della polizza. Il dettaglio dei sinistri, che dovrà essere fornito in formato *Excel* tramite *file* modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura), sarà così suddiviso:

- Tipologia di prestazione
- Numero del sinistro attribuito dalla Compagnia
- Data di accadimento dell'evento;
- Data di denuncia del sinistro;
- Tipo di assicurato (Titolare, Familiare);
- Stato del sinistro ("aperto", "chiuso", "chiuso senza seguito");
- Importo richiesto;
- Importo liquidato;
- Importo riservato;
- Canale di erogazione (rete, fuori rete, SSN).

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono all'Associato di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate o con ulteriori dati ad integrazione. Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

Art. 1.9 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – variazione del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione del

contratto e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 c.c., sempre che il Contraente e/o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di Contributo corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di Contributo.

A parziale deroga all'art. 1897 c.c., nei casi di diminuzione del rischio la riduzione di Contributo sarà immediata e la Società rimborserà la corrispondente quota di Contributo pagata e non goduta (al netto delle imposte) entro 60 giorni dalla comunicazione, rinunciando allo scioglimento del contratto e alla facoltà di recesso a essa spettante a termini del sopra richiamato art. 1897 c.c.

Art. 1.10 – Revisione del prezzo

Decorsi almeno 12 mesi dall'inizio del contratto, al verificarsi delle ipotesi di aggravamento del rischio previsti dall'art. 1.9 di polizza che comportino variazione in aumento del Contributo complessivo superiore al cinque per cento, la Società potrà richiedere motivatamente la revisione del corrispettivo originariamente pattuito nella misura dell'ottanta per cento della variazione detratta l'alea del 5 per cento, in relazione alla prestazione principale, ai sensi degli artt. 60 e 120 del D.Lgs. 36/2023.

La variazione potrà essere altresì richiesta dalla Società, secondo le modalità di cui al presente punto, al verificarsi di particolari condizioni di natura oggettiva, che determinino una variazione, in aumento o in diminuzione, del costo del servizio riferiti alle condizioni contrattuali orarie (retribuzioni del personale) per le attività finanziarie e assicurative, secondo gli indici sintetici elaborati dall'ISTAT.

Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse formulando la propria proposta di revisione. In caso di accordo tra le Parti, si provvede alla modifica del contratto. Qualora sia pattuito un aumento di Contributo, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione pari all'ottanta per cento dell'incremento del costo del servizio detratta l'alea del 5 per cento, nei termini di cui al presente punto, a decorrere dalla successiva annualità. In caso di mancato accordo, il Contraente e la Società potranno rescindere il contratto al termine della annualità in corso al momento della proposta di revisione.

Art. 1.11 – Assicurazione presso diversi Assicuratori

È data facoltà all'Associato/Assicurato di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

L'Associato è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art. 1910 C.C. per tutte quelle

garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza.

Art. 1.12 – Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art. 1.13 – Forma delle comunicazioni dell'Associato alla Società

Tutte le comunicazioni, alle quali l'Associato è tenuto, devono essere fatte con e-mail o PEC indirizzate al Broker al quale l'Associato ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 1.14 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Associato, comprese eventuali variazioni

Art. 1.15 – Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede dell'Associato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. n. 28/2010 ss.mm.ii..

Art. 1.16 – Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 1.17 – Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dall'Associato, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1901 del C.C.

Art. 1.18 – Persone non assicurabili

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

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

Art. 1.19 – Coassicurazione e delega

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società coassicuratrici, rimane stabilito che:

- ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto stesso, restando tuttavia inteso che la Società coassicratrice designata quale delegataria è tenuta in via solidale alla prestazione integrale e ciò in espressa deroga all'art. 1911 c.c.;
- tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società coassicratrice

Delegataria e del Contraente e ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Società Delegataria anche nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici;

- i Contributi di polizza verranno corrisposti dal Contraente unicamente nei confronti della Società Delegataria per conto di tutte le coassicuratrici;
- con la firma del presente contratto, le Coassicuratrici conferiscono mandato alla Società Delegataria per firmare i successivi documenti contrattuali e compiere tutti i necessari atti di gestione anche in loro nome e per loro conto; pertanto, la firma apposta su detti documenti dalla società Delegataria li rende validi a ogni effetto anche per le coassicuratrici (per le rispettive quote), senza che da queste possano essere opponibili eccezioni o limitazioni di sorta.
- Relativamente ai Contributi scaduti, la delegataria potrà sostituire le quietanze delle Società coassicuratrici, eventualmente mancanti, con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto.

Art. 1.20 – Clausola Broker

1. Il Contraente dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto dell'assistenza e della consulenza del broker. Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione del presente contratto – con la sola eccezione di quelle riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo - dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, unicamente per il tramite del Broker.
2. Per effetto di tale pattuizione ogni comunicazione fatta alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta da quest'ultimo e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente. Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicarne alla Società l'eventuale revoca ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente contratto. Non viene meno il potere della Contraente di corrispondere direttamente i Contributi o di formulare comunicazioni direttamente alla compagnia.
3. La remunerazione del Broker è a carico della società aggiudicataria nella misura, in percentuale sul Contributo imponibile, del 4.90%; tale percentuale spettante al Broker potrà subire successive variazioni in vigore di polizza, a seguito dell'affidamento del servizio in conseguenza dell'espletamento di successiva procedura di gara.

Art. 1.21 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.22 – Validità del contratto

Il suddetto contratto è operante per tutti gli eventi che potessero occorrere nel periodo di validità del contratto stesso anche per quei casi nei quali la denuncia o la liquidazione del danno avvenisse dopo la cessazione della polizza, purché il fatto produttivo dell'evento si sia verificato nel periodo di validità dell'assicurazione.

Art. 1.23 – Validità delle norme dattiloscritte.

Si intendono operanti solo le norme riportate nel presente Capitolato speciale d'onori. La firma apposta dall'Associato su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del Contributo della eventuale ripartizione del rischio fra le Società partecipanti alla coassicurazione.

Art. 1.24 – Tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società, la Cassa di Assistenza, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd. filiera), sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. a pena di nullità assoluta del contratto. I soggetti di cui sopra sono obbligati a comunicare prima della stipula del contratto all'Associato gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti. Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire, salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata, tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane S.p.A.) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dall'Associato. La cessazione e la decadenza dall'incarico dell'Istituto designato, per qualsiasi causa avvenga e anche qualora ne venga fatta pubblicazione ai sensi di legge, deve essere tempestivamente notificata Lazio Innova Spa, la quale non assume responsabilità per i pagamenti eseguiti ad istituto non più autorizzato a riscuotere. L'Appaltatore si obbliga altresì ad inserire nei contratti sottoscritti con i subappaltatori o i subcontraenti, a pena di nullità assoluta, un'apposita clausola con la quale ciascuno di essi assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla Legge 136/2010 e s.m.i.

Art. 1.25 – Trattamento dei dati personali

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016 nonché successive modifiche ed integrazioni, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società e Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 1.26 - Termini di prescrizione.

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente polizza è di 2 (due) anni a norma dell'art. 2952 Codice civile.

SEZIONE 2. MODALITA' DI EROGAZIONE E CRITERI DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione delle prestazioni assicurate può svolgersi con le seguenti modalità:

Art. 2.1 PRESTAZIONE SANITARIA IN FORMA DIRETTA CON RETE CONVENZIONATA (STRUTTURE E MEDICI CONVENZIONATI)

Sezione ricoveri ed extra-ricoveri

C.A.S.S.A., per il tramite della Centrale Operativamette a disposizione dell'Assicurato un servizio di convenzionamento diretto per ricoveri ed extra ricoveri da effettuarsi presso Strutture Sanitarie convenzionate.

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi contemporaneamente delle Strutture Sanitarie convenzionate e dell'Equipe Medica convenzionata, è sollevato (fatto salvo per l'eventuale importo previsto in polizza come franchigia a suo carico) da qualsiasi anticipo o pagamento diretto delle spese, per prestazioni ricevute, sempreché indennizzabili a termini di polizza.

In caso di prestazioni sanitarie di ricovero (ricovero con o senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Parto ed Intervento chirurgico ambulatoriale) ed extra ricovero (prestazioni extra ospedaliere, cure domiciliari ed ambulatoriali) è obbligatorio inviare la richiesta per il tramite del Portale di Cassa con almeno 5 giorni di preavviso rispetto alla data prevista per la prestazione sanitaria, corredata da un certificato medico indicante la diagnosi/patologia e la prestazione richiesta.

La Centrale Operativa comunicherà telefonicamente la conferma dell'avvenuta autorizzazione.

ART. 2.2 PRESTAZIONE SANITARIA IN FORMA INDIRETTA/RIMBORSUALE (STRUTTURA NON CONVENZIONATA E MEDICI NON CONVENZIONATI)

Sezione ricoveri ed extra-ricoveri

In caso di prestazioni sanitarie di ricovero (ricovero con o senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Parto ed Intervento chirurgico ambulatoriale) ed extra ricovero (prestazioni extra ospedaliere, cure domiciliari ed ambulatoriali) è obbligatorio inviare la richiesta per il tramite del Portale di Cassa.

Documentazione necessaria:

- **Area ricovero:** la richiesta di rimborso deve essere corredata dalla copia della cartella clinica completa e della documentazione fiscalmente valida e quietanzata relativa alle spese sostenute durante il ricovero e nei periodi precedenti e successivi l'intervento;
- **Area extra ricovero:** ogni richiesta di rimborso deve contenere copia della documentazione di spesa fiscalmente valida e quietanzata, con relativa prescrizione medica indicante il quesito diagnostico;

Relativamente ai punti sopra esposti la Compagnia, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione completa relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione all'interessato, provvede al pagamento entro 15 giorni lavorativi.

ART. 2.3 PRESTAZIONE SANITARIA IN FORMA MISTA (STRUTTURA CONVENZIONATA E MEDICI NON CONVENZIONATI)

Sezione ricoveri

In caso di prestazioni sanitarie di ricovero (ricovero con o senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Parto ed Intervento chirurgico ambulatoriale) è obbligatorio inviare la richiesta per il tramite del Portale di Cassa.

Qualora l'Assicurato utilizzi medici non convenzionati presso una struttura sanitaria convenzionata, la Compagnia liquiderà direttamente la struttura sanitaria (ferma la preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa), mentre l'Assicurato deve provvedere al pagamento delle spese relative all'equipe medico-chirurgica.

Documentazione necessaria:

- **Area ricovero:** copia della cartella clinica completa e della documentazione di spesa fiscalmente valida e quietanzata relativa alle spese sostenute durante il ricovero e nei periodi precedenti e successivi l'intervento;

Relativamente ai punti sopra esposti la Compagnia, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione completa relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione all'interessato, provvede al pagamento entro 15giorni lavorativi.

ART. 2.4 UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Qualora il ricovero, day hospital, day surgery, l'intervento chirurgico ambulatoriale senza ricovero, dell'Assicurato avvenga integralmente o parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia provvederà a rimborsare le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato, purché indennizzabili a termini di polizza, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'Indennità Sostitutiva.

In tal caso l'Assicurato dovrà provvedere direttamente al pagamento di dette spese, e successivamente chiederne il rimborso delle stesse con le modalità previste del precedente Art. 2.2).

Le prestazioni extraospedaliere effettuate in regime di servizio sanitario nazionale saranno rimborsate senza applicazione di scoperti e franchigie.

Documentazione necessaria:

- **Area ricovero:** copia della cartella clinica completa e della documentazione di spesa fiscalmente valida e quietanzata relativa alle spese sostenute durante il ricovero e nei periodi precedenti e successivi l'intervento;
- **Area extra ricovero:** ogni richiesta di rimborso deve contenere copia della documentazione di spesa fiscalmente valida e quietanzata, con relativa prescrizione medica indicante il quesito diagnostico;

Relativamente alle suddette prestazioni la Compagnia si riserva di chiedere ulteriore documentazione medica/fiscale prima di procedere alla liquidazione del sinistro.

La Compagnia, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione completa relativa

al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione all'interessato, provvede al pagamento entro 15 giorni lavorativi.

COSA FARE IN CASO DI CASO DI SINISTRO
--

L'Assicurato per accedere al Circuito di Strutture Sanitarie Convenzionate con la Società è necessario che segua la procedura di attivazione, come di seguito illustrata:

SCELTA DELLA STRUTTURA SANITARIA

Individuare la Struttura Sanitaria più adatta alle proprie esigenze, tra quelle convenzionate con la Società.

Tale informazione è reperibile consultando il sitoai seguenti recapiti:

- numero (in funzione tutti i giorni lavorativi, dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 18,00 - esclusi i festivi); valido sia dall'Italia e sia dall'estero.

È necessario, in tutti i casi, farsi riconoscere dalla Struttura come Assicurato

ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO PER PRESTAZIONI SANITARIE DI RICOVERO ED EXTRA-RICOVERO – FORMA DIRETTA

La procedura di attivazione prevede che l'assicurato abbia già scelto autonomamente la struttura ove effettuare la prestazione sanitaria e si sia accertato che la Struttura Sanitaria e l'Equipe Medica abbiano aderito al circuito convenzionato (tramite la struttura stessa o il numero verde) e sia stato fissato un appuntamento (giorno ed ora).

In caso di prestazioni sanitarie di ricovero (ricovero con o senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Parto ed Intervento chirurgico ambulatoriale) ed extra-ricovero (prestazioni extra ospedaliere, cure domiciliari ed ambulatoriali) è obbligatorio inviare la richiesta per il tramite del Portale di Cassa con almeno 5 giorni di preavviso rispetto alla data prevista per la prestazione sanitaria, corredata da un certificato medico indicante la diagnosi/patologia e la prestazione richiesta.

La Centrale Operativa comunicherà telefonicamente la conferma dell'avvenuta autorizzazione.

In caso di infortunio si chiede di presentare anche il referto del Pronto Soccorso redatto entro le 24 ore dall'infortunio stesso.

La Compagnia, per il tramite della Centrale Operativa, provvederà direttamente, a condizione che l'evento sia indennizzabile a termini di polizza ed entro il limite del massimale disponibile, al pagamento alle Strutture Sanitarie convenzionate e/o dell'Equipe Medica convenzionate delle fatture, distinte o notule intestate all'Assicurato, per le spese sopra specificate, al netto degli eventuali scoperti/franchigie previsti dal contratto a carico dell'Assicurato.

1. L'Assicurato dovrà invece provvedere direttamente al pagamento delle spese per prestazioni ricevute non rientranti fra quelle di cui sopra e sarà tenuto a rimborsare alla Compagnia le somme che questa dovesse richiedergli per pagamenti effettuati agli Istituti di Cura ed ai medici, allorché si dovesse accertare la non validità o l'inoperatività e/o inefficacia dell'assicurazione, nonché per pagamenti eccedenti il massimale disponibile o sui quali non sia stata applicata l'eventuale scoperto/franchigia.

Per tutte le restanti spese sostenute al di fuori della presente convenzione e indennizzabili a termini di polizza, l'Assicurato dovrà inoltrare la relativa documentazione direttamente alla Società, così come previsto alla presente Sezione.

ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO PER PRESTAZIONI SANITARIE DI RICOVERO ED EXTRA- RICOVERO FORMA INDIRECTA

In caso di prestazioni sanitarie di ricovero (ricovero con o senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Parto ed Intervento chirurgico ambulatoriale) ed extraricovero (prestazioni extra ospedaliere, cure domiciliari ed ambulatoriali) è obbligatorio inviare la richiesta per il tramite del Portale di Cassa al seguente indirizzo:

Documentazione necessaria:

- **Area ricovero:** la richiesta di rimborso deve essere corredata dalla copia della cartella clinica completa e della documentazione fiscalmente valida e quietanzata relativa alle spese sostenute durante il ricovero e nei periodi precedenti e successivi l'intervento;
- **Area extra ricovero:** ogni richiesta di rimborso deve contenere copia della documentazione di spesa fiscalmente valida e quietanzata, con relativa prescrizione medica indicante il quesito diagnostico;

PRESTAZIONE SANITARIA IN FORMA MISTA STRUTTURA CONVENZIONATA E MEDICI NON CONVENZIONATI

- SEZIONE RICOVERI

In caso di prestazioni sanitarie di ricovero (ricovero con o senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Parto ed Intervento chirurgico ambulatoriale) è obbligatorio inviare la richiesta per il tramite del Portale di Cassa.

Qualora l'Assicurato utilizzi medici non convenzionati presso una struttura sanitaria convenzionata, la Compagnia liquiderà direttamente la struttura sanitaria (ferma la preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa), mentre l'Assicurato deve provvedere al pagamento delle spese relative all'equipe medico-chirurgica.

Documentazione necessaria:

- **Area ricovero:** copia della cartella clinica completa e della documentazione di spesa fiscalmente valida e quietanzata relativa alle spese sostenute durante il ricovero e nei periodi precedenti e successivi l'intervento;

Relativamente ai punti sopra esposti la Compagnia, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione completa relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione all'interessato, provvede al pagamento entro 15 giorni lavorativi.

**SEZIONE 3 – CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE
RIMBORSO SPESE SANITARIE BASE**

Art. 3.1 – Oggetto del servizio

La copertura assicurativa, che viene prestata senza la preventiva compilazione di questionario sanitario, rimborsa le spese sanitarie sostenute in conseguenza di malattia e di infortunio con le modalità indicate dalle seguenti norme.

Art. 3.2)- Prestazioni

La Società assicura, per gli infortuni e le malattie, fino alla concorrenza dei massimali stabiliti nella "Scheda delle Garanzie" per anno e nucleo familiare, il rimborso delle spese:

a) IN CASO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA OD IN AMBULATORIO CHE COMPORTI INTERVENTO CHIRURGICO:

- per gli onorari del Chirurgo, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- per l'assistenza medica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, cure omeopatiche e per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza;
- per il trasporto dell'Assicurato, dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di Euro 2.500,00 per anno e per nucleo familiare;

b) IN CASO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA OD IN AMBULATORIO CHE NON COMPORTI INTERVENTO CHIRURGICO:

- per gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica, le cure, i medicinali, le cure omeopatiche e le rette di degenza, riguardanti il periodo di ricovero;
- per il trasporto dell'Assicurato, dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di Euro 2.500,00 per anno e per nucleo familiare;

c) IN CASO DI RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO DI CUI AI PRECEDENTI PUNTI A. E B.:

la società rimborsa le spese:

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei Medici) e le visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti e relativi al Ricovero stesso;
- rese necessarie dal Ricovero e sostenute dopo la cessazione del ricovero stesso per: esami, visite specialistiche, acquisto di medicinali e prodotti omeopatici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuate nei 90 giorni successivi al ricovero;

Relativamente al PARTO CESAREO avvenuto in Istituto di cura, la garanzia s'intende prestata per evento con massimali e condizioni come da "Scheda Opzioni delle Garanzie" per anno/nucleo.

Nel massimale previsto per il parto cesareo sono comprese le rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti anche per il neonato.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza dei massimali indicati come da "Scheda delle Garanzie" prescelta, per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Relativamente al PARTO NON CESAREO avvenuto in Istituto di cura, la garanzia s'intende prestata per evento con massimali e condizioni **come da "Scheda delle Garanzie"** per anno/nucleo.

Nel massimale previsto per il parto non cesareo sono comprese le rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti anche per il neonato.

Relativamente agli interventi chirurgici finalizzati alla correzione refrattiva (con metodica LASER ad eccimeri, PRK e/o LASIK, SMILE et simili), la garanzia s'intende prestata con massimali e condizioni **come da "Scheda delle Garanzie"** prescelta, per anno/nucleo.

Tale garanzia sarà operante solo qualora il differenziale tra i due occhi sia superiore a 3 diottrie, oppure in presenza di un difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 6 diottrie. Alla suindicata estensione non verranno applicati gli scoperti previsti nel presente articolo.

La Società nell'ambito del massimale previsto per il caso ricovero rimborsa le spese sostenute per:

- **Day Hospital** - la garanzia ricovero s'intende estesa anche al caso in cui la degenza avvenga in regime di "DayHospital" (degenza diurna); pertanto si precisa che:
 - nei casi di degenza diurna con intervento chirurgico vale il massimale stabilito dall'art. 2) "Prestazioni" punto a. delle Condizioni Generali di Assicurazione;
 - nei casi di **day hospital senza intervento chirurgico** viene stabilito un massimale, di **Euro 10.000,00** per anno e per nucleo. Sono comunque escluse le prestazioni relative alle "cure termali";
- **Trapianti – Donatore** prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore, nel caso di trapianti di organi o parti di essi. Per le donazioni da viventi sono comprese le prestazioni sanitarie durante ricovero riferite al donatore;
- **prima e dopo ricovero; ricoveri per trapianti - terapie antirigetto** - prestazioni sanitarie fuori ricovero rese necessarie da trapianti di organi o parti di esse effettuate nei **180 giorni prima e dopo il ricovero**, compresi trattamenti mirati alla prevenzione del rigetto;
- **Rette Vitto e Pernottamento dell'accompagnatore** in Istituto di cura, o in caso di indisponibilità dello stesso in struttura alberghiera, di un accompagnatore dell'Assicurato **fino alla concorrenza di Euro 40,00 giornaliero e con il limite massimo di Euro 800,00 per ciascun anno assicurativo**;
- **l'intervento controlaterale al seno** che ristabilisce la simmetria con quello operato e ricostruito per malattia oncologica.

d) In caso di Cure Domiciliari ed Ambulatoriali purché pertinenti all'evento denunciato:

- per onorari medici; purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici;
- per trattamenti fisioterapici e rieducativi, compresa la logopedia, purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo;
- per noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici;
- per analisi ed esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici prescritti dal Medico curante;
- per agopuntura ed elettro agopuntura, purché praticati da medici regolarmente iscritti all'albo
- per chiropratica;
- per osteopatia;
- per assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal Medico curante, con il limite di **Euro 36,00 giornaliere**;

La suindicata garanzia s'intende prestata fino alla concorrenza del massimale, scoperti e franchigie **come da "Scheda delle Garanzie"** prescelta, per anno assicurativo e per nucleo familiare.

e) in caso di acquisto Medicinali, purché pertinenti all'evento denunciato

La Società rimborsa le spese sostenute:

- per medicinali, prodotti da banco, prodotti omeopatici, etc. che non rientrano nel prontuario medico.

Tali prodotti devono comunque essere prescritti dal Medico curante, ferma restando l'esclusione per quelli relativi a fini estetici e dell'igiene personale.

Relativamente ai prodotti non ben identificati, nella prescrizione fatta dal Medico dovrà essere precisato che non sono a fine estetico e/o per l'igiene.

A tale scopo l'Assicurato dovrà presentare congiuntamente:

- a) la ricetta medica in originale o in copia riportante il nominativo dell'assicurato e la diagnosi;
- b) lo scontrino farmaceutico fiscale con l'indicazione del nome/codice del farmaco acquistato e lo scontrino non fiscale, qualora il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente sul precedente.
- c) Qualora il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente su alcuna tipologia di scontrino, ai fini della risarcibilità, sarà comunque valida l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

La suindicata garanzia s'intende prestata fino alla concorrenza del massimale disponibile, **come da "Scheda delle Garanzie"** prescelta, per anno/nucleo. previa applicazione di uno scoperto del **20% con il minimo di Euro 35,00** per sinistro.

In alternativa la richiesta di rimborso può essere inoltrata in una unica soluzione/invio purché si riferisca a farmaci prescritti per la medesima patologia, con applicazione di una unica franchigia/scoperto.

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

- Amniocentesi
- Chemioterapia;
- Radioterapia;

Lazio Innova Spa
Capitolato tecnico dell'assicurazione Rimborso Spese Sanitarie

- Cobaltoterapia;
- Dialisi;
- Doppler;
- Elettrocardiografia;
- Elettroencefalografia;
- Laserterapia;
- Risonanza Magnetica Nucleare;
- Villocentesi;
- Angiografia;
- Broncografia;
- Clisma opaco;
- Colangiografia percutanea;
- Defecografia;
- Fistelografia;
- Fluorangiografia;
- Isterosalpingografia;
- Mammografia;
- Pneumoencefalografia;
- Rx esofago, Rx tubo digerente;
- Splenoportografia;
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia;
- Vescicula deferentografia;
- Artrografia;
- Cisternografia;
- Colangiografia;
- Ecografia;
- Tekarterapia;
- Onde D'urto;
- Pet;
- Scintigrafia;
- Tac;
- Telecuore;
- Ecografia;
- Tekarterapia;
- Colecistografia;
- Diagnostica Radiologica;
- Onde D'urto;
- Pet;
- Discografia;
- Flebografia;
- Galattografia;
- Linfografia;
- Mielografia;
- Retinografia;
- Scialografia;
- Tomografia torace, Tomografia in genere;
- Urografia;

- Elettromiografia;
- MOC

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata sino al massimale **come da “Scheda delle Garanzie”** prescelta, per anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

g) in caso di Cure Dentarie:

- per cure odontoiatriche ed ortodontiche;
- per acquisto e ribassamento di protesi odontoiatriche;
- visite ed accertamenti diagnostici odontoiatrici (Rx, Otp, etc.) purché legati ad un piano di cure dentarie comprese nella presente garanzia. Fino alla concorrenza del massimale come da “Scheda delle Garanzie” prescelta, per anno assicurativo e per nucleo familiare;

h) l'acquisto di Protesi/Presidi Ortopedici e Acustici:

- **come da “Scheda delle Garanzie”** prescelta, per anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato con il limite di **Euro 1.100,00** per nucleo e per anno assicurativo, con uno **scoperto del 20% minimo Euro 50,00**.

i) per l'acquisto di Lenti e Occhiali da vista:

- per l'acquisto di lenti ed occhiali da vista, in seguito a modifica del visus o a prescrizione delle prime lenti certificata da medico oculista o da ottico con qualifica di optometrista/ortottista (comprese le lenti a contatto anche usa e getta) e con il limite di Euro, come da “Schede Opzioni delle Garanzie”, per nucleo ed anno assicurativo; in caso di acquisto di lenti a contatto, anche usa e getta, è consigliabile l'inoltro in una unica soluzione nell'ambito dell'anno assicurativo, che definisce il periodo di validità della certificazione del cambio visus; come da “Scheda Opzioni delle Garanzie” prescelta, per anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato in seguito a modifica del visus (comprese le lenti a contatto e incluse le lenti usa e getta con uno scoperto del 25%) con i limiti come da “Scheda delle Garanzie” prescelta, per anno assicurativo e per persona;

j) Spese Funerarie per rimpatrio della salma:

- in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero, con il limite di Euro 775,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

k) in caso di Medicina Preventiva - intendendosi per tali le spese relative alle prestazioni qui di seguito indicate (solo per il Dipendente - 1 volta all'anno – in forma Indiretta):

Condizioni Donna

- mammografia o ecografia mammaria
- pap test
- ECG a riposo o da sforzo
- RX torace
- Esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, Azotemia, Acido urico, Creatinina, Transaminasi GPT, Transaminasi GOT, Gamma GT, Sodio, Potassio, Bilirubina totale e frazionata, Elettroforesi/proteine
- Esame urine completo

- Ecografia addome
- Esami nevi in epiluminescenza
- Vaccino antiinfluenzale

Condizioni Uomo

- ECG a riposo o da sforzo
- RX torace
- Esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, Azotemia, Acido urico, Creatinina, Transaminasi GPT, Transaminasi GOT, Gamma GT, Sodio, Potassio, Bilirubina totale e frazionata, Elettroforesi/proteine
- Esame urine completo
- PSA e PSA free
- Ecografia addome
- Esami nevi in epiluminescenza
- Vaccino antiinfluenzale

Ciascuno degli esami sopra riportati potrà essere effettuato anche in assenza di prescrizione medica.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di Euro 250,00 per dipendente/anno assicurativo.

l) Fecondazione Assistita

la Società rimborsa le spese necessarie sostenute presso strutture sanitarie, presenti in qualsiasi paese dell'Unione Europea, per il trattamento di fecondazione "omologa" ed "eterologa". La garanzia è prestata nel limite del massimale annuo di spesa previsto di Euro 300,00 anno/nucleo.

Sono escluse tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore.

m) Cure per Malattie Oncologiche

La Società rimborserà fino alla concorrenza della somma assicurata stabilita nella tabella delle garanzie, da intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare, le spese sostenute per terapie rese necessarie da malattia oncologica, sia in forma diretta che rimborsuale, fino alla concorrenza del massimale stabilito come da "Scheda Opzioni delle Garanzie" prescelta.

n) Cure Psicoterapiche (solo per il dipendente)

La società rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, colloqui, esami diagnostici riferiti a malattie e disturbi mentali o psichici con esclusione delle malattie soggette a trattamento obbligatorio come previsto dalla legge 23/12 del 78 n. 833 artt. 34-35, prescritti dal medico specializzato in psichiatria o in neurologia ed effettuati da medico specialista abilitato alla psicoterapia o da psicoterapeuta regolarmente iscritto all'albo fino alla concorrenza del massimale stabilito come da scheda delle Garanzie per annualità assicurativa e per assicurato, con un massimo di 10 sedute.

o) Pacchetto Maternità

Rientrano in garanzia le seguenti prestazioni:

- nr. 3 Ecografie di controllo (compresa 1 ecocardiografia fetale),
- Amniocentesi, alternativamente amniocentesi, villocentesi o test equivalente (es. harmony test, G-Test etc.);
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza,
- nr. 3 Visite Specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza, =
- 2 visite urologiche
- La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di Euro 700,00 per nucleo e per anno assicurativo, come da "Scheda Opzioni delle Garanzie" prescelta, per annualità assicurativa e per assicurato con i seguenti Scoperti e Franchigie: In Strutture Convenzionate: 15% minimo Euro 25,00 – In Strutture non Convenzionate: 30% minimo Euro 30,00.

p) Disforia di Genere

La Società rimborsa le spese sanitarie sostenute durante il periodo di validità della copertura in seguito alla sentenza di approvazione emessa dal Tribunale in data successiva alla decorrenza della copertura. Sono comprese le sedute di psicoterapia/psichiatria; le spese per l'endocrinologo e la cura ormonale, il rimborso dei farmaci prescritti.

In caso di intervento chirurgico, per il cambio di sesso, sono compresi onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero, assistenza medica e infermieristica, cure anche omeopatiche, esami e medicinali effettuati durante il periodo di ricovero, retta di degenza, esami accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati 120 giorni prima e relativi al ricovero nonché esami, visite specialistiche, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 giorni successivi al ricovero.

Epilazione definitiva con il limite di € 1.000,00; interventi puramente estetici non previsti da principali protocolli applicabili con il sotto limite di € 4.000,00.

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata sino al massimale € 15.000,00 elevato a € 30.000,00 in caso di intervento chirurgico.

La retroattività delle spese coperte è pari ad anni 2 dalla data della sentenza.

q) Assistenza sanitaria per soggetti non autosufficienti - (valida esclusivamente per il Dipendente)

In caso d'infortunio o malattia per il quale derivi all'Assicurato la perdita di autosufficienza al compimento delle attività primarie in modo tendenzialmente permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni, manifestatasi successivamente all'inserimento dell'Assistito in copertura e certificata dalla competente struttura pubblica o stabilita dal medico curante secondo criteri successivo articolo, la Società rimborserà, nel limite annuo assicurativo di Euro 5.000= e in un'unica soluzione, per un massimo di due anni, le spese regolarmente documentate, relative a personale medico od infermieristico qualificato, sostenute per l'assistenza sanitaria al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'Assistito non autosufficiente, o per prestazioni della medesima natura erogate presso strutture residenziali e semi- residenziali legalmente autorizzate. Le spese sopra citate saranno rimborsate solo se sostenute per prestazioni effettuate nel periodo di vigenza della polizza.

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assistito rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza, redatto su apposito modello fornito dalla Società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Il punteggio minimo per la dichiarazione di non autosufficienza è di 40 punti.

Farsi il bagno:

1° grado: l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0
2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5
3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Vestirsi e svestirsi:

1° grado: l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0
2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5
3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Igiene del corpo:

1° grado: l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

- (1) Andare al bagno
- (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
- (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

Mobilità

1° grado: l'Assistito è in grado di sedersi e alzarsi dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come, ad esempio, la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Continenza

1° grado: l'Assistito è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Bere e mangiare

1° grado: l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore / una scatola
- versare bevande nel bicchiere: punteggio 5

3° grado: l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

Art. 3.3 - Diaria sostitutiva

La Società corrisponde un'indennità di euro 130,00 per ogni giorno di ricovero con relativo pernottamento in Ospedale e/o Casa di cura, con il massimo di 90 giorni per persona e per anno assicurativo, se tutte le spese sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale; tale indennità è alternativa al rimborso delle spese pre e post ricovero.

Art. 3.4- Neonati

Nel caso di variazione della composizione del nucleo familiare per nascita, la garanzia si intende, all'atto della variazione stessa, automaticamente operante nei confronti dei neonati purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro l'anno di copertura a cui la variazione si riferisce; resta inteso che la garanzia s'intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici purché effettuati entro 1 anno dalla nascita.

Art. 3.5 - Estensioni di garanzia

Sono incluse nell'assicurazione:

- le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza nonché le malattie croniche e recidivanti;
- gli interventi e le cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fermo quanto previsto dall'art. 6) "Esclusioni" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

-

SEZIONE 4. LIMITAZIONI

Art. 4.1 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 4.2 – Esclusioni dall'Assicurazione

Premesso che la validità della copertura prescinde dalle condizioni fisiche degli Assicurati, l'assicurazione non è operante per:

- a) Gli infortuni derivanti a partecipazione a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- b) La gravidanza non è considerata una malattia;
- c) la cura delle malattie mentali come definito da DSM di riferimento, salvo ove diversamente previsto;
- d) tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione artificiale o fecondazione o procreazione assistita, salvo all'art. Art. 3.2. lettera I);
- e) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- f) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- g) le conseguenze di guerra, insurrezioni, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'assicurato abbiano preso parte volontariamente;
- h) le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia e plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi o da intervento chirurgico oncologico);
- i) le intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni.

Art. 4.3 – Limiti di età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 80° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dello stesso assicurato.

SCHEMA DELLE GARANZIE COPERTURA BASE DIRIGENTI

Si precisa che il massimale indicato è condiviso tra il dirigente ed il nucleo (laddove presente)		TITOLARE
OSPEDALIERE		
RICOVERO (con/senza intervento, Day Hospital e Intervento ambulatoriale)		
	Massimale	€ 500.000
Condizioni:		
	Diretta (in Rete) - forma completa	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
	Diretta (in Rete) - forma mista	Scoperto 20%
	Indiretta (fuori Rete)	Scoperto 20% - minimo € .500
Spese pre-post		
	Grandi Interventi - elevato a	90/90 gg. € 1.000.000
Retta di Degenza (Condizioni: come Ricovero)		
	Diretta (in Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
	Indiretta (fuori Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
SOTTOLIMITI (per evento)		
Day Hospital senza intervento (Condizioni: come Ricovero) - incluse pre-post		€ 10.000
Parto Cesareo ed aborto terapeutico (Condizioni: come Ricovero) - incluse pre-post		€ 10.000
Parto Naturale (Condizioni: come Ricovero) - incluse pre-post		€ 8.000
Correzione refrattiva (Condizioni: come Ricovero)		€ 3.500 (entrambi occhi) Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Accompagnatore		€ 40 al giorno - max € 800 Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Trasporto malato		€ 2.500 Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Diaria/Indennità sostitutiva SSN		€ 130 al giorno - max 90 gg.
EXTRA-OSPEDALIERE		
Rimpatrio Salma		€ 775 Senza applicazione Scoperti e Franchigie
ALTA DIAGNOSTICA		
	Massimale	€ 12.000
	Diretta (in Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
	Indiretta (fuori Rete)	Scoperto 15% - minimo € 75
VISITE SPECIALISTICHE ED ANALISI		
	Massimale	€ 3.200
	Diretta (in Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
	Indiretta (fuori Rete)	Scoperto 15% - minimo € 35
Assistenza infermieristica domiciliare (Incluso in Massimale Visite Specialistiche)		€ 36 al giorno
Trattamenti Fisioterapici e rieducativi, logopedia, noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici		Incluso in Massimale Visite Specialistiche
	Diretta (in Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
	Indiretta (fuori Rete)	Scoperto 15% - minimo € 35
MEDICINALI (a seguito di prescrizione medica)		€ 350 Scoperto 20% - minimo € 35
CURE DENTARIE		
	Massimale	€ 1.800

Lazio Innova Spa
Capitolato tecnico dell'assicurazione Rimborso Spese Sanitarie

PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE	€ 1.100
	Scoperto 20% - minimo € 50
LENTI E OCCHIALI	€ 200
	Scoperto del 25% per Lenti usa e getta
MEDICINA PREVENTIVA (solo Dipendente - 1 volta all'anno)	€ 250
Diretta (in Rete)	non prevista
Indiretta (fuori Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
FECONDAZIONE ASSISTITA	€ 300
Diretta (in Rete)	non prevista
Indiretta (fuori Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
TERAPIE ONCOLOGICHE	€ 6.000
Diretta (in Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Indiretta (fuori Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
CURE PSICOTERAPICHE (solo Dipendente – max 10 sedute)	€ 1.000
Diretta (in Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Indiretta (fuori Rete)	Scoperto 20% minimo € 120
PACCHETTO MATERNITA'	€ 700
Diretta (in Rete)	Scoperto 15% minimo € 25
Indiretta (fuori Rete)	Scoperto 30% - minimo € 30
DISFORIA DI GENERE	€ 15.000
	elevato a € 30.000 per intervento chirurgico
SOTTOLIMITI	Epilazione definitiva: Euro 1.000 Interventi estetici: Euro 4.000
Diretta (in Rete)	non prevista
Indiretta (fuori Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Spese pre-post	120/120 gg.
ASSISTENZA SANITARIA PER NON AUTOSUFFICIENTI	€ 5.000
Condizioni: (solo Dipendente)	rimborso in un'unica soluzione
Ticket SSN (Valido per tutte le prestazioni previste)	
Condizioni	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Diretta (in Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Indiretta (fuori Rete)	Scoperto 20% – minimo € 120

SEZIONE 5
COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE AD
ADESIONE FACOLTATIVA AL PIANO BASE E PLUS

PREMESSA

È prevista la possibilità agli assicurati di conseguire, con onere economico a loro carico, una copertura assicurativa sanitaria per le prestazioni non comprese nella polizza base e/o integrative alla stessa, come indicato nella **scheda delle Garanzie** di seguito riportata.

L'adesione al Piano sanitario integrativo sarà possibile solo per coloro che siano già in copertura nel Piano Base.

1) Estensione del nucleo familiare al Piano Base

Gli assicurati possono estendere facoltativamente e a proprio carico la copertura del Piano Sanitario all'intero nucleo familiare o a singoli componenti del proprio nucleo familiare, intendendosi per tale:

- il coniuge;
- il convivente more uxorio, la persona designata come coniuge da contratti di convivenza (same sex partner), purché risultanti dallo stato di famiglia;
- i figli del dipendente conviventi risultanti dallo stato di famiglia,
- i figli del dipendente non conviventi purché fiscalmente a carico.

Contributo annuo lordo aggiuntivo per nucleo: €

I massimali del piano rimarranno per nucleo.

2) Adesione facoltativa al piano PLUS con estensione del nucleo familiare;

Gli assicurati possono estendere facoltativamente e a proprio carico la propria copertura del Piano Sanitario all'intero nucleo familiare, intendendosi per tale:

- il coniuge;
- il convivente more uxorio, la persona designata come coniuge da contratti di convivenza (same sex partner), purché risultanti dallo stato di famiglia;
- i figli del dipendente conviventi risultanti dallo stato di famiglia,
- i figli del dipendente non conviventi purché fiscalmente a carico.

Contributo annuo lordo aggiuntivo per single: €

Contributo annuo lordo aggiuntivo per nucleo: €

INGRESSO IN COPERTURA

Ciascun assicurato aderisce alla presente polizza mediante la sottoscrizione del modulo di adesione unitamente alla documentazione relativa alla valutazione di adeguatezza del contratto e alla

dichiarazione di aver ricevuto il modulo *privacy* (modulo di adesione del nucleo familiare).

La Contraente/Società si impegna a consegnare e far sottoscrivere tali modelli che saranno conservati dalla Contraente/Società.

LIMITI ED OPERATIVITA' DELLE GARANZIE

Per i familiari inclusi in copertura sono esclusi gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento in copertura.

**SEZIONE 6 – CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE
RIMBORSO SPESE SANITARIE AD ADESIONE FACOLTATIVA BASE
E PLUS**

Art. 6.1 – Oggetto del servizio

La copertura assicurativa, che viene prestata senza la preventiva compilazione di questionario sanitario, rimborsa le spese sanitarie sostenute in conseguenza di malattia e di infortunio con le modalità indicate dalle seguenti norme.

Art. 6.2)- Prestazioni

La Società assicura, per gli infortuni e le malattie, fino alla concorrenza dei massimali stabiliti nella “Scheda delle Garanzie” per anno e nucleo familiare, il rimborso delle spese:

a) IN CASO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA OD IN AMBULATORIO CHE COMPORTI INTERVENTO CHIRURGICO:

- per gli onorari del Chirurgo, dell’Aiuto, dell’Assistente, dell’Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all’intervento chirurgico; per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l’intervento;
- per l’assistenza medica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, cure omeopatiche e per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza;
- per il trasporto dell’Assicurato, dal domicilio e/o residenza all’Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di Euro 2.500,00 per anno e per nucleo familiare;

b) IN CASO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA OD IN AMBULATORIO CHE NON COMPORTI INTERVENTO CHIRURGICO:

- per gli accertamenti diagnostici, l’assistenza medica, le cure, i medicinali, le cure omeopatiche e le rette di degenza, riguardanti il periodo di ricovero;
- per il trasporto dell’Assicurato, dal domicilio e/o residenza all’Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di Euro 2.500,00 per anno e per nucleo familiare;

c) IN CASO DI RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO DI CUI AI PRECEDENTI PUNTI A. E B.:

la società rimborsa le spese:

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei Medici) e le visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti e relativi al Ricovero stesso;
- rese necessarie dal Ricovero e sostenute dopo la cessazione del ricovero stesso per: esami, visite specialistiche, acquisto di medicinali e prodotti omeopatici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuate nei 90 giorni successivi al ricovero;

Relativamente al PARTO CESAREO avvenuto in Istituto di cura, la garanzia s'intende prestata per evento con massimali e condizioni come da "Scheda Opzioni delle Garanzie" per anno/nucleo.

Nel massimale previsto per il parto cesareo sono comprese le rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti anche per il neonato.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza dei massimali indicati come da "Scheda delle Garanzie" prescelta, per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Relativamente al PARTO NON CESAREO avvenuto in Istituto di cura, la garanzia s'intende prestata per evento con massimali e condizioni **come da "Scheda delle Garanzie"** per anno/nucleo.

Nel massimale previsto per il parto non cesareo sono comprese le rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti anche per il neonato.

Relativamente agli interventi chirurgici finalizzati alla CORREZIONE REFRATTIVA (con metodica LASER ad eccimeri, PRK e/o LASIK, SMILE et simili), la garanzia s'intende prestata con massimali e condizioni **come da "Scheda delle Garanzie"** prescelta, per anno/nucleo.

Tale garanzia sarà operante solo qualora il differenziale tra i due occhi sia superiore a 3 diottrie, oppure in presenza di un difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 6 diottrie. Alla suindicata estensione non verranno applicati gli scoperti previsti nel presente articolo.

La Società nell'ambito del massimale previsto per il caso ricovero rimborsa le spese sostenute per:

- **Day Hospital** - la garanzia ricovero s'intende estesa anche al caso in cui la degenza avvenga in regime di "DayHospital" (degenza diurna); pertanto si precisa che:
 - nei casi di degenza diurna con intervento chirurgico vale il massimale stabilito dall'art. 2) "Prestazioni" punto a. delle Condizioni Generali di Assicurazione;
 - nei casi di **day hospital senza intervento chirurgico** viene stabilito un massimale, di **Euro 10.000,00** per anno e per nucleo. Sono comunque escluse le prestazioni relative alle "cure termali";
- **Trapianti – Donatore** prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore, nel caso di trapianti di organi o parti di essi. Per le donazioni da viventi sono comprese le prestazioni sanitarie durante ricovero riferite al donatore;
- **prima e dopo ricovero; ricoveri per trapianti - terapie antirigetto** - prestazioni sanitarie fuori ricovero rese necessarie da trapianti di organi o parti di esse effettuate nei **180 giorni prima e dopo il ricovero**, compresi trattamenti mirati alla prevenzione del rigetto;
- **Rette Vitto e Pernottamento dell'accompagnatore** in Istituto di cura, o in caso di indisponibilità dello stesso in struttura alberghiera, di un accompagnatore dell'Assicurato **fino alla concorrenza di Euro 40,00 giornaliero e con il limite massimo di Euro 800,00 per ciascun anno assicurativo**;
- **l'intervento controlaterale al seno** che ristabilisce la simmetria con quello operato e ricostruito per malattia oncologica.

d) In caso di Cure Domiciliari ed Ambulatoriali purché pertinenti all'evento denunciato:

- per onorari medici; purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici;
- per trattamenti fisioterapici e rieducativi, compresa la logopedia, purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo;
- per noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici;
- per analisi ed esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici prescritti dal Medico curante;
- per agopuntura ed elettro agopuntura, purché praticati da medici regolarmente iscritti all'albo
- per chiropratica;
- per osteopatia;
- per assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal Medico curante, con il limite di **Euro 36,00 giornaliere**;

La suindicata garanzia s'intende prestata fino alla concorrenza del massimale, scoperti e franchigie **come da "Scheda delle Garanzie"** prescelta, per anno assicurativo e per nucleo familiare.

e) in caso di acquisto Medicinali, purché pertinenti all'evento denunciato

La Società rimborsa le spese sostenute:

- per medicinali, prodotti da banco, prodotti omeopatici, etc. che non rientrano nel prontuario medico.

Tali prodotti devono comunque essere prescritti dal Medico curante, ferma restando l'esclusione per quelli relativi a fini estetici e dell'igiene personale.

Relativamente ai prodotti non ben identificati, nella prescrizione fatta dal Medico dovrà essere precisato che non sono a fine estetico e/o per l'igiene.

A tale scopo l'Assicurato dovrà presentare congiuntamente:

- la ricetta medica in originale o in copia riportante il nominativo dell'assicurato e la diagnosi;
- lo scontrino farmaceutico fiscale con l'indicazione del nome/codice del farmaco acquistato e lo scontrino non fiscale, qualora il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente sul precedente.
- Qualora il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente su alcuna tipologia di scontrino, ai fini della risarcibilità, sarà comunque valida l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

La suindicata garanzia s'intende prestata fino alla concorrenza del massimale disponibile, **come da "Scheda delle Garanzie"** prescelta, per anno/nucleo. previa applicazione di uno scoperto del **20% con il minimo di Euro 35,00** per sinistro.

In alternativa la richiesta di rimborso può essere inoltrata in una unica soluzione/invio purché si riferisca a farmaci prescritti per la medesima patologia, con applicazione di una unica franchigia/scoperto.

f) in caso di spese Alta Diagnostica: la Società rimborsa anche le spese extra-ospedaliere per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono, stabilendo pertanto che le stesse vengono escluse dalle prestazioni di cui all'art. 6.2) lettera c):

- Amniocentesi
- Chemioterapia;

Lazio Innova Spa
Capitolato tecnico dell'assicurazione Rimborso Spese Sanitarie

- Radioterapia;
- Cobaltoterapia;
- Dialisi;
- Doppler;
- Elettrocardiografia;
- Elettroencefalografia;
- Laserterapia;
- Risonanza Magnetica Nucleare;
- Villocentesi;
- Angiografia;
- Broncografia;
- Clisma opaco;
- Colangiografia percutanea;
- Defecografia;
- Fistelografia;
- Fluorangiografia;
- Isterosalpingografia;
- Mammografia;
- Pneumoencefalografia;
- Rx esofago, Rx tubo digerente;
- Splenoportografia;
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia;
- Vescicula deferentografia;
- Artrografia;
- Cisternografia;
- Colangiografia;
- Ecografia;
- Tekarterapia;
- Onde D'urto;
- Pet;
- Scintigrafia;
- Tac;
- Telecuore;
- Ecografia;
- Tekarterapia;
- Colecistografia;
- Diagnostica Radiologica;
- Onde D'urto;
- Pet;
- Discografia;
- Flebografia;
- Galattografia;
- Linfografia;
- Mielografia;
- Retinografia;
- Scialografia;
- Tomografia torace, Tomografia in genere;

- Urografia;
- Elettromiografia;
- MOC

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata sino al massimale **come da “Scheda delle Garanzie”** prescelta, per anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

g) in caso di Cure Dentarie:

- per cure odontoiatriche ed ortodontiche;
- per acquisto e ribassamento di protesi odontoiatriche;
- visite ed accertamenti diagnostici odontoiatrici (Rx, Otp, etc.) purché legati ad un piano di cure dentarie comprese nella presente garanzia. Fino alla concorrenza del massimale come da “Scheda delle Garanzie” prescelta, per anno assicurativo e per nucleo familiare;

h) l'acquisto di Protesi/Presidi Ortopedici e Acustici:

- **come da “Scheda delle Garanzie”** prescelta, per anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato con il limite di **Euro 1.100,00** per nucleo e per anno assicurativo, con uno **scoperto del 20% minimo Euro 50,00**.

i) per l'acquisto di Lenti e Occhiali da vista:

- per l'acquisto di lenti ed occhiali da vista, in seguito a modifica del visus o a prescrizione delle prime lenti certificata da medico oculista o da ottico con qualifica di optometrista/ortottista (comprese le lenti a contatto anche usa e getta) e con il limite di Euro, come da “Schede Opzioni delle Garanzie”, per nucleo ed anno assicurativo; in caso di acquisto di lenti a contatto, anche usa e getta, è consigliabile l'inoltro in una unica soluzione nell'ambito dell'anno assicurativo, che definisce il periodo di validità della certificazione del cambio visus; come da “Scheda Opzioni delle Garanzie” prescelta, per anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato in seguito a modifica del visus (comprese le lenti a contatto e incluse le lenti usa e getta con uno scoperto del 25%) con i limiti come da “Scheda delle Garanzie” prescelta, per anno assicurativo e per persona;

j) Spese Funerarie per rimpatrio della salma:

- in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero, con il limite di Euro 775,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

k) in caso di Medicina Preventiva - intendendosi per tali le spese relative alle prestazioni qui di seguito indicate (solo per il Dipendente - 1 volta all'anno – in forma Indiretta):

Condizioni Donna

- mammografia o ecografia mammaria
- pap test
- ECG a riposo o da sforzo
- RX torace
- Esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, Azotemia, Acido urico, Creatinina, Transaminasi GPT,

- Transaminasi GOT, Gamma GT, Sodio, Potassio, Bilirubina totale e frazionata, Elettroforesi/proteine
- Esame urine completo
 - Ecografia addome
 - Esami nevi in epiluminescenza
 - Vaccino antiinfluenzale

Condizioni Uomo

- ECG a riposo o da sforzo
- RX torace
- Esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, Azotemia, Acido urico, Creatinina, Transaminasi GPT, Transaminasi GOT, Gamma GT, Sodio, Potassio, Bilirubina totale e frazionata, Elettroforesi/proteine
- Esame urine completo
- PSA e PSA free
- Ecografia addome
- Esami nevi in epiluminescenza
- Vaccino antiinfluenzale

Ciascuno degli esami sopra riportati potrà essere effettuato anche in assenza di prescrizione medica.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di Euro 250,00 per dipendente/anno assicurativo.

I) Fecondazione Assistita

La Società rimborsa le spese necessarie sostenute presso strutture sanitarie, presenti in qualsiasi paese dell'Unione Europea, per il trattamento di fecondazione "omologa" ed "eterologa". La garanzia è prestata nel limite del massimale annuo di spesa previsto di Euro 300,00 anno/nucleo.

Sono escluse tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore.

m) Cure per Malattie Oncologiche

La Società rimborserà fino alla concorrenza della somma assicurata stabilita nella tabella delle garanzie, da intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare, le spese sostenute per terapie rese necessarie da malattia oncologica, sia in forma diretta che rimborsuale, fino alla concorrenza del massimale stabilito come da "Scheda Opzioni delle Garanzie" prescelta.

n) Cure Psicoterapiche (solo per il dipendente)

La società rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, colloqui, esami diagnostici riferiti a malattie e disturbi mentali o psichici con esclusione delle malattie soggette a trattamento obbligatorio come previsto dalla legge 23/12 del 78 n. 833 artt. 34-35, prescritti dal medico

specializzato in psichiatria o in neurologia ed effettuati da medico specialista abilitato alla psicoterapia o da psicoterapeuta regolarmente iscritto all'albo fino alla concorrenza del massimale stabilito come da scheda delle Garanzie per annualità assicurativa e per assicurato, con un massimo di 10 sedute.

o) Pacchetto Maternità

Rientrano in garanzia le seguenti prestazioni:

- nr. 3 Ecografie di controllo (compresa 1 ecocardiografia fetale),
- Amniocentesi, alternativamente amniocentesi, villocentesi o test equivalente (es. harmony test, G-Test etc.);
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza,
- nr. 3 Visite Specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza, =
- 2 visite urologiche
- La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di Euro 700,00 per nucleo e per anno assicurativo, come da "Scheda Opzioni delle Garanzie" prescelta, per annualità assicurativa e per assicurato con i seguenti Scoperti e Franchigie: In Strutture Convenzionate: 15% minimo Euro 25,00 – In Strutture non Convenzionate: 30% minimo Euro 30,00. (-----)

p) Disforia di Genere

La Società rimborsa le spese sanitarie sostenute durante il periodo di validità della copertura in seguito alla sentenza di approvazione emessa dal Tribunale in data successiva alla decorrenza della copertura. Sono comprese le sedute di psicoterapia/psichiatria; le spese per l'endocrinologo e la cura ormonale, il rimborso dei farmaci prescritti.

In caso di intervento chirurgico, per il cambio di sesso, sono compresi onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero, assistenza medica e infermieristica, cure anche omeopatiche, esami e medicinali effettuati durante il periodo di ricovero, retta di degenza, esami accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati 120 giorni prima e relativi al ricovero nonché esami, visite specialistiche, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 giorni successivi al ricovero.

Epilazione definitiva con il limite di € 1.000,00; interventi puramente estetici non previsti da principali protocolli applicabili con il sotto limite di € 4.000,00.

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata sino al massimale € 15.000,00 elevato a € 30.000,00 in caso di intervento chirurgico.

La retroattività delle spese coperte è pari ad anni 2 dalla data della sentenza.

q) Assistenza sanitaria per soggetti non autosufficienti - (valida esclusivamente per il Dipendente)

In caso d'infortunio o malattia per il quale derivi all'Assicurato la perdita di autosufficienza al compimento delle attività primarie in modo tendenzialmente permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni, manifestatasi successivamente all'inserimento dell'Assistito in copertura e certificata dalla competente struttura pubblica o stabilita dal medico curante secondo criteri successivo articolo, la Società rimborserà, nel limite annuo assicurativo di Euro 5.000= e in un'unica soluzione, per un massimo di due anni, le spese regolarmente documentate, relative

a personale medico od infermieristico qualificato, sostenute per l'assistenza sanitaria al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'Assistito non autosufficiente, o per prestazioni della medesima natura erogate presso strutture residenziali e semi- residenziali legalmente autorizzate. Le spese sopra citate saranno rimborsate solo se sostenute per prestazioni effettuate nel periodo di vigenza della polizza.

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assistito rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza, redatto su apposito modello fornito dalla Società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Il punteggio minimo per la dichiarazione di non autosufficienza è di 40 punti.

Farsi il bagno:

1° grado: l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0
2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5
3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Vestirsi e svestirsi:

1° grado: l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0
2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5
3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Igiene del corpo:

1° grado: l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):
(4) Andare al bagno
(5) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
(6) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

Mobilità

1° grado: l'Assistito è in grado di sedersi e alzarsi dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come, ad esempio, la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi

autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Continenza

1° grado: l'Assistito è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Bere e mangiare

1° grado: l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/ tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore / una scatola
- versare bevande nel bicchiere: punteggio 5

3° grado: l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

Art. 6.3 - Diaria sostitutiva

La Società corrisponde un'indennità di Euro 130,00 per ogni giorno di ricovero con relativo pernottamento in Ospedale e/o Casa di cura, con il massimo di 90 giorni per persona e per anno assicurativo, se tutte le spese sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale; tale indennità è alternativa al rimborso delle spese pre e post ricovero.

Art. 6.4- Neonati

Nel caso di variazione della composizione del nucleo familiare per nascita, la garanzia si intende, all'atto della variazione stessa, automaticamente operante nei confronti dei neonati purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro l'anno di copertura a cui la variazione si riferisce; resta inteso che la garanzia s'intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici purché effettuati entro 1 anno dalla nascita.

Art. 6.5 - Estensioni di garanzia

Sono incluse nell'assicurazione:

- le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza nonché le malattie croniche e recidivanti;
- gli interventi e le cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fermo quanto previsto dall'art. 6) "Esclusioni" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

SEZIONE 7. LIMITAZIONI

Art. 7.1 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 7.2 – Esclusioni dall'Assicurazione

Premesso che la validità della copertura prescinde dalle condizioni fisiche degli Assicurati, l'assicurazione non è operante per:

- r) Gli infortuni derivanti a partecipazione a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- s) La gravidanza non è considerata una malattia;
- t) la cura delle malattie mentali come definito da DSM di riferimento, salvo ove diversamente previsto;
- u) tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione artificiale o fecondazione o procreazione assistita, salvo all'art. Art. 6.2. lettera l) ;
- v) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- w) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- x) le conseguenze di guerra, insurrezioni, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'assicurato abbia preso parte volontariamente;
- y) le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia e plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi o da intervento chirurgico oncologico);
- z) le intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni.

Art. 7.3 – Limiti di età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 80° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dello stesso assicurato.

SCHEMA DELLE GARANZIE COPERTURA PLUS DIRIGENTI

Si precisa che il massimale si intende per SINGOLO/NUCLEO anno	TITOLARE	FAMILIARE
OSPEDALIERE		
RICOVERO (con/senza intervento, Day Hospital e Intervento ambulatoriale)		
Massimale	€ 600.000	€ 600.000
Condizioni:		
Diretta (in Rete) - forma completa	Senza applicazione Scoperti e Franchigie	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Diretta (in Rete) - forma mista	Scoperto 20%	Scoperto 20%
Indiretta (fuori Rete)	Scoperto 15% - minimo € .500	Scoperto 15% - minimo € 500
Spese pre-post	90/90 gg.	90/90 gg.
Grandi Interventi - elevato a	€ 1.000.000	€ 1.000.000
Retta di Degenza (Condizioni: come Ricovero)		
Diretta (in Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Indiretta (fuori Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
SOTTOLIMITI (per evento)		
Day Hospital senza intervento (Condizioni: come Ricovero) - incluse pre-post	€ 10.000	€ 10.000
Parto Cesareo ed aborto terapeutico (Condizioni: come Ricovero) - incluse pre-post	€ 10.000	€ 10.000
Parto Naturale (Condizioni: come Ricovero) - incluse pre-post	€ 8.000	€ 8.000
Correzione refrattiva (Condizioni: come Ricovero)	€ 3.500 (entrambi occhi) Senza applicazione Scoperti e Franchigie	€ 3.500 (entrambi occhi) Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Accompagnatore	€ 40 al giorno - max € 800 Senza applicazione Scoperti e Franchigie	€ 40 al giorno - max € 800 Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Trasporto malato	€ 2.500 Senza applicazione Scoperti e Franchigie	€ 2.500 Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Diaria/Indennità sostitutiva SSN	€ 130 al giorno - max 90 gg.	€ 130 al giorno - max 90 gg.
EXTRA-OSPEDALIERE		
Rimpatrio Salma	€ 775 Senza applicazione Scoperti e Franchigie	€ 775 Senza applicazione Scoperti e Franchigie
ALTA DIAGNOSTICA		
Massimale	€ 15.000	€ 15.000
Diretta (in Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Indiretta (fuori Rete)	Scoperto 15% - minimo € 50	Scoperto 15% - minimo € 50
VISITE SPECIALISTICHE ED ANALISI		
Massimale	€ 3.700	€ 3.700
Diretta (in Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Indiretta (fuori Rete)	Scoperto 15% - minimo € 35	Scoperto 15% - minimo € 35
Assistenza infermieristica domiciliare (Incluso in Massimale Visite Specialistiche)	€ 36 al giorno	€ 36 al giorno
Trattamenti Fisioterapici e rieducativi, logopedia, noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici	Incluso in Massimale Visite Specialistiche	Incluso in Massimale Visite Specialistiche
Diretta (in Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Indiretta (fuori Rete)	Scoperto 15% - minimo € 35	Scoperto 15% - minimo € 35
MEDICINALI (a seguito di prescrizione medica)	€ 350	€ 350
	Scoperto 20% - minimo € 35	Scoperto 20% - minimo € 35
CURE DENTARIE		
Massimale	€ 2.500	€ 2.500
Diretta (in Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Indiretta (fuori Rete)	Scoperto 20% - minimo € 120	Scoperto 20% - minimo € 120

Lazio Innova Spa
Capitolato tecnico dell'assicurazione Rimborso Spese Sanitarie

PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE	€ 1.100	€ 1.100
	Scoperto 20% - minimo € 50	Scoperto 20% - minimo € 50
LENTI E OCCHIALI	€ 300	€ 300
	Scoperto del 25% per Lenti usa e getta	Scoperto del 25% per Lenti usa e getta
MEDICINA PREVENTIVA (solo Dipendente - 1 volta all'anno)	€ 250	Garanzia non prestata
Diretta (in Rete)	non prevista	==
Indiretta (fuori Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie	==
FECONDAZIONE ASSISTITA	€ 300	€ 300
Diretta (in Rete)	non prevista	non prevista
Indiretta (fuori Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
TERAPIE ONCOLOGICHE	€ 10.000	€ 10.000
Diretta (in Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Indiretta (fuori Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
CURE PSICOTERAPICHE (solo Dipendente – max 10 sedute)	€ 1.000	€ 1.000
Diretta (in Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Indiretta (fuori Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
PACCHETTO MATERNITA'	€ 700	€ 700
Diretta (in Rete)	Scoperto 15% minimo € 25	Scoperto 15% minimo € 25
Indiretta (fuori Rete)	Scoperto 30% - minimo € 30	Scoperto 30% - minimo € 30
DISFORIA DI GENERE	€ 15.000	€ 15.000
	elevato a € 30.000 per intervento chirurgico	elevato a € 30.000 per intervento chirurgico
SOTTOLIMITI	Epilazione definitiva: Euro 1.000 Interventi estetici: Euro 4.000	Epilazione definitiva: Euro 1.000 Interventi estetici: Euro 4.000
Diretta (in Rete)	non prevista	non prevista
Indiretta (fuori Rete)	Senza applicazione Scoperti e Franchigie	Senza applicazione Scoperti e Franchigie
Spese pre-post	120/120 gg.	120/120 gg.
ASSISTENZA SANITARIA PER NON AUTOSUFFICIENTI	€ 5.000	Garanzia non prestata
Condizioni: (solo Dipendente)	rimborso in un'unica soluzione	==
Ticket SSN (Valido per tutte le prestazioni previste)		
Condizioni	Senza applicazione Scoperti e Franchigie	Senza applicazione Scoperti e Franchigie

ALLEGATO A – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIURGICI

Cardiochirurgia

- interventi di cardiochirurgia a cuore aperto;
- interventi di by-pass aortocoronarico;
- Impianto pace-maker endocavitario ed eventuale riposizionamento degli elettrocateteri e programmazione elettronica;
- Impianto definitivo di defibrillatore.

Collo

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia;
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne;
- Tiroidectomia allargata per neoplasie maligne;
- Timectomia per via cervicale;
- Resezione dell'esofago cervicale;
- Interventi sulle paratiroidi.

Esofago

- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o mega esofago;
- Operazioni sull'esofago per neoplasie maligne: resezioni parziali, basse, alte, totali;
- Esofago-plastica;
- Interventi per diverticolo esofageo;
- Intervento per varici esofagee, transtoracico o addominale;
- Intervento per varici esofagee, emostasi con sonda tamponante;
- Posizionamento di protesi endo esofagee.

Pancreas - Milza

- Interventi di necrosi acuta del pancreas;
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
 - a) enucleazioni delle cisti;
 - b) marsupializzazione;
- Interventi per fistole pancreatiche;
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - a) totale o della testa;
 - b) della coda;
- Splenectomia.

Stomaco - Duodeno

- Resezione gastrica da neoplasie maligne;
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne;
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica;
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica;
- Gastrectomia allargata da neoplasie maligne;
- Varici gastriche(emostasi).

Retto - Ano

- Interventi per neoplasie maligne effettuati per via addomino perineale;
- Proctocolectomia totale;
- Prolasso del retto, intervento per via trans-ale o per via addominale.

Peritoneo

- Exeresi di neoplasie maligne dello spazio retroperitoneale.
- Intervento per ascesso del Douglas o addominale;
- Intervento per ascesso subfrenico.

Fegato e vie biliari

- Resezione epatica, emi-epatectomia;
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- Derivazioni biliodigestive;
- Interventi sulla papilla di Water;
- Interventi di anastomosi veno-venose per il trattamento della ipertensione portale.
- Intervento per ascesso o cisti;
- Intervento per echinococcosi;
- Termoablazione con radio frequenza di tumori epatici, qualsiasi via di accesso.
- Colectomia totale;

Intestino

- Colectomia parziale da neoplasie maligne;
- Deviazione biliopancreatica (terapia obesità);
- Intervento per megacolon.

Torace

- Resezioni segmentarie e lobectomia;
- Pneumonectomia;
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi;
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee;
- Pleuropneumonectomia;
- Toracectomia ampia;
- Resezione bronchiale con reimpianto;
- Timectomia per via toracica;
- Toracoplastica totale;
- Interventi per neoplasie maligne del mediastino;
- Interventi per neoplasie maligne della trachea.

Faccia e bocca

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario;
- Interventi demolitivi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento dell'alloggia sottomascellare;
- Parotidectomia totale con resezione radicale del collo, cono senza innesto neurale;
- Trattamento chirurgico di fratture maxillo-facciali multiple.

Urologia

- Cistectomia totale o radicale;
- Nefrectomia allargata per neoplasia;
- Nefroureterectomia totale;
- Surrenalectomia.

Ginecologia

- Chirurgia radicale vulvare o utero vaginale con linfo adenectomia;
- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavoascellare.

Chirurgia del sistema nervoso

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali;
- Interventi per deviazioni liquorale diretta e indiretta;
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranici;
- Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici;
- Anastomosi endocranica dei nervi cranici;
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale;
- Asportazione di neoplasie endocraniche e trattamenti chirurgici degli aneurismi intracranici;
- Interventi per epilessia focale;
- Emisferectomia;
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi;
- Talamotomia - pallidotomia ed altri interventi simili;
- Asportazione di neoplasie del rachide intra ed extra midollari;
- Interventi per patologie intramidollari e per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica;
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica;
- Interventi sul plesso brachiale;
- Asportazione di tumori dell'orbita.

Chirurgia vascolare

- Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arterioisplancnici;
- Interventi per aneurismi e by-pass dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, troncobrachiocefalico, iliache;
- Trombo endoarteriectomia della arteria carotide, della arteria vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
- Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti..

Ortopedia e traumatologia

- Disarticolazione interscapolo toracica;
- Emipelvectomia;
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti;
- Resezioni del sacro;
- Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari;

- Interventi sulle grandi articolazioni e sulle ossa lunghe per neoplasie maligne;
- Artroprotesi di anca per patologia acquisita;
- Reimpianto di un membro.

Otorino

- Laringectomia totale;
- Faringolaringectomia;
- Interventi per neurinoma dell'VIII paio;
- Operazione radicale per sinusite frontale (Operazione di Ogston-Luc);
- Operazione radicale per sinusite mascellare (operazione di Caldwell-Luc)
- Svuotamento petromastoideo.
- Tutti i trapianti d'organo (anche di midollo osseo)

SCHEDA DI POLIZZA

Costituente parte integrante della polizza rimborso spese sanitarie n°

Contraente: C.A.S.S.A. - Cassa Autonoma Servizi
Sanitari Assistenziali (Sede Legale: Via
Visconti di Modrone, 28 - 20122 Milano)

C.F.: 97534270018

Associato: Lazio Innova Spa
Via Marco Aurelio 26/A
00184 Roma (RM)
Lazio Innova Spa

Durata del contratto: 3 anni
Effetto: dalle ore 24.00 del 31.12.2025
Scadenza: alle ore 24.00 del 31.12.2028
Frazionamento: annuale

Copertura Base

Assicurati

a) Categoria DIRIGENTI n. 6

Opzione – Adesione Facoltativa al piano Base per Nucleo Familiare

Elementi per il conteggio del Contributo annuo lordo

Copertura Base	Numero Assicurati (*)	Contributo lordo pro-capite (€)	Contributo lordo complessivo (€)
a) Categoria Dirigenti	6	00,00	
CONTRIBUTO TOTALE LORDO			

Opzione – Adesione Facoltativa al piano Base per Nucleo Familiare

Copertura Base	Numero nuclei assicurati (*)	Contributo lordo per nucleo (€)	Contributo lordo complessivo (€)
Nuclei familiari		00,00	

(*) In fase di aggiudicazione del rischio, alla Società aggiudicataria verranno comunicati i dati aggiornati per determinare il Contributo effettivo

Scomposizione del Contributo annuo

Contributo annuo imponibile (€)	
Imposte (€)	
Contributo annuo totale (€)	

Opzione – Adesione Facoltativa al piano Plus

Copertura Base	Numero assicurati (*)	Contributo lordo (€)	Contributo lordo complessivo (€)
Single			
Nucleo familiare			

Contributo annuo imponibile (€)	
Imposte (€)	
Contributo annuo totale (€)	

La Società

Il Contraente
