CAPITOLATO D'APPALTO

ALLEGATO A

CONVENZIONE PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE

Tra la Spett.le

COMPAGNIA
XXXXXXXX

e la Spett.le

FBA /o Cassa di Assistenza
xxxx

Si stipula la presente

POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE N°
A FAVORE DEL
FONDO BANCHE ASSICURAZIONI
C.F. 09895391002
VIA TOMACELLI, 132 - 00186 ROMA

Decorrenza : dalle ore 24.00 del 31.12.2016

Scadenza: alle ore 24.00 del 31.12.2017

APPLICAZIONE DELLA CONVENZIONE

La presente assicurazione, realizzata mediante "Polizze di Assicurazione", è stipulata da FBA o dalla Cassa di Assistenza XXXX per conto degli Associati a favore dei Funzionari e dei relativi nuclei familiari.
Si precisa che le suddette "Polizze di Assicurazione" sono emesse per ogni singola Azienda Associata e che l'inclusione della stessa alla Cassa deve essere approvata dalla Società e regolata dalle Definizioni e Condizioni Generali di Assicurazione.
Gli obblighi derivanti dalla Convenzione devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possono essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'articolo 1891 Codice Civile.
Tutte le variazioni, modifiche o aggiunte alle Definizioni e alle Condizioni Generali di Assicurazione, dovranno essere regolate da apposite appendici alla Convenzione stessa; ovvero, se relative a un singolo Associato, saranno evidenziate nelle corrispondenti Polizze di Assicurazione.

I dati anagrafici dei Soci/Assicurati alla decorrenza del contratto, risultano dall'elenco di cui al documento inserito a pag. 15 del presente allegato che costituisce parte integrante del contratto.
Il premio per le annualità successive sarà determinato sulla base dell'effettivo numero dei nuclei assicurati alla scadenza della annualità assicurativa precedente, quale risultante dalle comunicazioni fornite dalla Contraente alla Società ai sensi dell'Art. 12. Anche queste comunicazioni saranno effettuate per il tramite di un supporto informatico (secondo un tracciato record impostato dalla Società), che andrà a costituire parte integrante del contratto.

POLIZZE DI ASSICURAZIONE

Sulle Polizze di Assicurazione, che formano parte integrante della Convenzione, saranno indicati i seguenti dati:

- ⇒ Contraente: FBA o Cassa di Assistenza
- ⇒ Azienda Associata
- ⇒ N. Convenzione
- ⇒ N. della polizza di assicurazione
- ⇒ Data effetto
- ⇒ Data scadenza
- ⇒ Opzione prescelta
- ⇒ Elenco iniziale degli Assicurati
- ⇒ Premio iniziale da incassare

SOMMARIO

Definizioni Pag. 5

Condizioni generali di assicurazione Pag. 7
Art. 1) – Effetto e durata della convenzione Pag. 7
Art. 2) – Modalità di adesione Pag. 7
Art. 3) - Modifiche Pag. 7
Art. 4) – Disdetta della polizza Pag. 7
Art. 5) - Oggetto della Convenzione Pag. 7
Art. 6) – Neonati Pag. 7
Art. 7) - Estensioni di garanzia Pag. 7
Art. 8) - Esclusioni Pag. 7
Art. 9) - Persone non assicurabili Pag. 8
Art. 10) - Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio Pag. 8
Art. 11) - Estensione territoriale Pag. 8
Art. 12) - Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio Pag. 8
Art. 13) - Denuncia di sinistro – Obblighi dell'assicurato Pag. 9
Art. 14) - Modalità di pagamento Pag. 9
Art. 15) - Forma delle comunicazioni Pag. 10
Art. 16) - Rinuncia alla rivalsa Pag. 10
Art. 17) - Imposte Pag. 10
Art. 18) - Clausola Broker Pag. 11
Art. 19) - Controversie Pag. 11
Art. 20) - Competenza territoriale Pag. 11
Art. 21) - Altre assicurazioni Pag. 11
Art. 22) - Prova Pag. 12
Art. 23) - Rinvio alle norme di legge Pag. 12

Descrizione delle prestazioni assicurate pag. 13
A) Ospedaliere Pag. 13
B) Specialistiche extra ospedaliere Pag. 13
C) Cure dentarie Pag. 14

Elenco nuclei assicurati e Conteggio del premio Pag. 15

Tabelle
Allegato 1 – Pag. 16
Allegato 2 – Pag 17

DEFINIZIONI

- ***Associato:*** azienda associata alla Contraente
- ***Assicurato***: Il soggetto a favore del quale è prestata l'assicurazione ovvero i componenti del suo nucleo familiare
- ***Assicurazione***: il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assicurato entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro
- ***Assistenza infermieristica***: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma
- ***Assistenza medica***: l'assistenza prestata, nelle modalità standard previste dall'Istituto di Cura, da persona fornita di specifica qualifica professionale
- ***Broker :*** De Besi – Di Giacomo S.p.A..
- ***Centro Medico***: il centro, anche non adibito al ricovero dei malati, regolarmente autorizzato per prestazioni mediche, esami radiografici e diagnostici, analisi, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali.
- ***Contraente***: FBA o Cassa di Assistenza.
- ***Convalescenza***: il periodo dopo la dimissione dall'Istituto di cura che comporti una inabilità temporanea.
- ***Data decorrenza copertura:*** data alla quale viene sottoscritto il contratto se contestuale al pagamento del premio alla firma, altrimenti data alla quale viene effettuato il pagamento.
- ***Data sinistro***: data in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato il ricovero, l'intervento chirurgico in day hospital o in ambulatorio; per le prestazioni extra ricovero, la data della prima prestazione sanitaria erogata.
- ***Day Hospital***: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).
- ***Difetto fisico***: menomazione clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.
- ***Evento:*** l'insieme di tutte le prestazioni per le garanzie di day hospital ed extra ospedaliere effettuate per la stessa patologia e sostenute entro la data della scadenza della presente Convenzione; il singolo ricovero con degenza notturna costituisce invece un evento a sé stante, anche se relativo alla medesima patologia di un altro precedente ricovero dello stesso tipo.
- ***Franchigia***: la parte dell'indennizzo, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assicurato.
- ***Indennizzo***: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
- ***Infortunio***: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obbiettivamente constatabili
- ***Intervento chirurgico***: provvedimento terapeutico attuato su tessuti viventi mediante uso di strumenti chirurgici
- ***Intervento ambulatoriale***: l'intervento di chirurgia, effettuato senza ricovero, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia

- ***Intramoenia:*** prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente da una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per la scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

- ***Istituto di Cura***: L'ospedale, la clinica, la casa di cura ed ogni altra struttura sanitaria di ricovero, convenzionata o non con il Servizio Sanitario Nazionale, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, salvo quanto previsto alla sezione prestazioni. Sono parificati ad istituto di cura i gabinetti medici ed i centri specializzati.

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

- ***Massimale***: disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare e per anno assicurativo

- ***Network:*** rete convenzionata Servizio XXXXXXX, costituita da ospedali ed Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da Professionisti Medici che esercitano nell'ambito di queste, con pagamento diretto , limitatamente al ricovero con o senza intervento chirurgico da parte di XXXXXX delle prestazioni previste dalla presente convenzione e dalle relative polizze di assicurazione erogate presso le strutture convenzionate e da equipe mediche convenzionate con XXXXX medesima;

- ***Nucleo familiare:*** assicurato, coniuge non legalmente separato o convivente more uxorio, figli risultanti dallo stato di famiglia. Sono altresì compresi i figli non conviventi purché fiscalmente a carico.

- ***Polizza***: il documento che prova l'assicurazione.

- ***Premio***: la somma pattuita dalla Società per la copertura assicurativa.

- ***Ricovero:*** degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

- ***Scoperto***: la percentuale della parte indennizzabile del danno che rimane a carico dell'Assicurato.

- ***Società***: XXXX

- ***Strutture Sanitarie:*** luoghi di cura, poliambulatori medici, centri diagnostici autorizzati.

- ***Struttura sanitaria convenzionata:*** ogni Casa di cura, Istituto, Azienda ospedaliera -rientrante nel servizio convenzionato XXXXX .

- ***Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi:*** trattamenti di riabilitazione a seguito di infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza purché effettuati da operatore sanitario regolarmente iscritto all'Albo; si intendono esclusi i trattamenti effettuati presso centri benessere e palestre

- ***Visita specialistica***: la visita effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammessi esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1. Effetto e durata della Convenzione

La presente convenzione ha decorrenza dalle ore 24 del **31/12/2016** e scadenza alle ore 24 del **31/12/2017**.
Il Fondo si riserva la facoltà di rinnovare il contratto per ulteriori 12 mesi anche in forma tacita.
Il Fondo, alla scadenza del contratto originario o alla scadenza del contratto rinnovato, potrà richiedere la continuazione del servizio per un periodo massimo di 6 mesi, e l'affidatario, con la presentazione dell'offerta, si obbliga a garantire la validità della copertura assicurativa oggetto della presente procedura anche per il predetto periodo.
Salvo quanto previsto ai punti precedenti, rimane esclusa ogni forma di rinnovo tacito.

2. Modalità di adesione

L'adesione al programma da parte delle aziende ammesse alla convenzione è assolutamente libera e viene perfezionata su base volontaria mediante "Polizze di assicurazione" emesse dalla Società per ogni singola Azienda Associata che richiameranno le condizioni generali previste dalla Convenzione in favore degli Associati alla Cassa.
Tali Polizze costituiranno parte integrante della convenzione e pertanto la normativa prevista nel presente contratto deve essere considerata integralmente estesa alle aziende associate.
Le polizze avranno scadenza uguale a quella della convenzione e decorrenza definita dalla Contraente. I relativi premi saranno versati come indicato nel successivo articolo 10.

3. Modifiche

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dalla convenzione potrà essere introdotta e/o imposta dalla Società alle singole polizze, se non in base ad apposita modifica alla convenzione stessa, precedentemente accettata dalla Società e dalla Contraente.

4. Disdetta della polizza

In mancanza di disdetta da parte del Fondo con lettera raccomandata almeno trenta giorni prima della scadenza delle singole polizze, l'assicurazione di intende tacitamente rinnovata per un singolo anno.
Nel caso di disdetta della convenzione le singole polizze s'intendono automaticamente disdette alla prima scadenza utile.

5. Oggetto della Convenzione

Oggetto della presente convenzione è l'assicurazione del rimborso delle spese sanitarie sostenute dagli assicurati in conseguenza di infortunio o malattia per le prestazioni indicate nelle Prestazioni assicurate.

6. Neonati

L'Assicurazione si intende automaticamente estesa nei confronti dei neonati purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30gg dalla nascita. Resta inteso che la garanzia si intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici purché effettuati entro 3 anni dalla nascita.

7. Estensioni di garanzia

Sono inclusi nell'assicurazione:

- le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula della polizza nonché le malattie croniche e recidivanti;
- i difetti fisici la cui correzione non sia stata possibile o indicata nei primi 3 anni di vita e che rappresentino rischio oggettivo di conseguenze o complicanze patologiche per l'Assicurato.

8. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

1) trattamenti e spese dovuti ad abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), allucinogeni, e simili;

2) trattamenti e spese a seguito di infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
3) i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
4) chirurgia plastica a scopo estetico salvo per bambini che non abbiano compiuto il terzo anno di età e quella a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio;
5) agopuntura non effettuata dal medico;

9. Persone non assicurabili

Non è ammessa la stipulazione della polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto l'80° anno di età .
L'assicurazione è prorogabile oltre il 75° anno d'età previa presentazione del questionario anamnestico. L'assicurazione è prestata alla condizione essenziale che le dichiarazioni rese dall'Assicurato sul questionario anamnestico, che dovrà pervenire alla Società preventivamente alla richiesta di copertura, corrispondano a verità, pena la non risarcibilità delle garanzie. Sarà cura della consulenza medica della Società verificarne i contenuti riscontrando l'esito dello stesso.
E' data facoltà alla Società di accettare (totalmente o con limitazioni) o non accettare la richiesta di adesione. L'assicurazione termina in ogni caso al compimento dell'80°anno di età.
Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infermità mentali e sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.).

Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.

10. Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio

La Contraente è tenuta a pagare presso la Direzione della Società, o al broker assegnatario del contratto, alle rispettive scadenze e per tutta la validità del contratto, il premio complessivo stabilito dalla polizza stessa.
L'esazione dei premi precedentemente eseguita al domicilio della Contraente non può in alcun modo invocarsi come deroga al predetto obbligo. La prima rata deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dalla Direzione della Società che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo.
L'assicurazione decorre dalle h. 24.00 del giorno indicato nella polizza se il premio in quel momento risulta pagato; in caso contrario decorre dalle h. 24.00 del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze stabilite nel contratto. Per le rate successive alla prima è concesso un termine di rispetto di 30 giorni trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenza contrattuali stabilite. Trascorso il termine di 30 giorni di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigere giudizialmente l'esecuzione. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

11. Estensione Territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro.
Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi.

12. Variazione delle persone assicurate - Regolazione del Premio

L'assicurazione vale per le persone/categorie designate in polizza.
Le inclusioni e le esclusioni di assicurati che si verifichino nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicati dalla Contraente a mezzo del broker e la garanzia avrà effetto a decorrere dalle ore 24 del giorno di copertura o dalla data della comunicazione da parte dell'Associato Contraente.

Per le inclusioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il 100% del premio annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il 60% del premio annuo.
In caso di esclusione di nuclei e/o persone in corso d'anno non verrà effettuato il rimborso di premio che, pertanto, si considera acquisito dalla Società.
Alla scadenza di ciascuna annualità si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in conseguenza delle inclusioni avvenute nel corso dell'anno.
In caso di aumento del numero di nuclei assicurati l'Associato è tenuto a pagare la rata di rinnovo aumentata in relazione allo stato del rischio comunicato in corso dell'anno e/o al termine dell'annualità assicurativa.

13. Denuncia di Sinistro – Obblighi dell'Assicurato

Nei casi in cui opera il servizio XXXXX valgono le norme contenute al successivo punto 14a.
Per tutti gli altri casi, ai sensi ed a parziale deroga dell'articolo 1913 del Codice Civile in caso di sinistro l'Assicurato o la Contraente deve darne avviso scritto – sul modulo appositamente predisposto dalla Società corredato della relativa documentazione necessaria direttamente alla Società o alla De Besi – Di Giacomo S.p.A. cui è assegnata la polizza, entro 20 giorni

- dal ricovero o dall'intervento;
- dal verificarsi dell'evento, negli altri casi.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile. Qualora l'Assicurato riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.
Resta in ogni caso convenuto che l'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

14. Modalità di pagamento

Ferma restando la vigente normativa sul presente contratto, limitatamente al ricovero, per effetto di malattia, infortunio o parto, il pagamento delle spese sostenute dall'Assicurato, verrà effettuato secondo le modalità che seguono.
Gli interventi chirurgici effettuati in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso e i ricoveri in regime di Day Hospital saranno indennizzati ai sensi di polizza con le stesse modalità di pagamento previste per i casi di ricovero.

Fermo restando quanto di seguito riportato, la procedura di pagamento diretto alla Struttura sanitaria sarà operante, per i singoli Assicurati, a partire dalla data di efficacia della copertura. Al termine della prestazione l'Assicurato dovrà sostenere in proprio le spese di sua competenza (scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dalla garanzia).

14.a - Servizio convenzionato XXXXX – Per accedere al servizio convenzionato , prima di accedere alla struttura sanitaria , l'Assicurato deve sempre telefonare a XXXXX ai seguenti numeri telefonici:

- **dall'Italia: Numero Verde xxxxxx**
- **dall'estero: +39 xxxxxx**

dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 18.00 e il sabato dalle 8.00 alle 12.00 .

14.b – Ricoveri in Strutture Sanitarie convenzionate

Con intervento chirurgico effettuato da ÉQUIPE OPERATORIA CONVENZIONATA
In caso di ricovero presso una Struttura sanitaria convenzionata che comporti intervento chirurgico eseguito da équipe operatoria altrettanto convenzionata, la Società provvederà ad effettuare il pagamento diretto alla Struttura sanitaria di tutte le spese sanitarie previste nella polizza e sostenute durante il ricovero.

Con intervento chirurgico effettuato da ÉQUIPE OPERATORIA NON CONVENZIONATA
In caso di ricovero presso una Struttura sanitaria convenzionata che comporti un intervento chirurgico eseguito da équipe operatoria **non** convenzionata, la Società:

- pagherà direttamente alla Struttura sanitaria le spese sanitarie relative al ricovero;
- rimborserà all'Assicurato le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni di detta équipe.

Verranno inoltre applicate le modalità di pagamento indicate nel presente articolo, anche nel caso di ricoveri a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale in regime di libera professione "intramuraria".

Senza intervento chirurgico
In caso di ricovero che non comporti intervento chirurgico presso una Struttura sanitaria convenzionata, la Società provvederà ad effettuare il pagamento diretto alla Struttura sanitaria di tutte le spese sanitarie previste nella polizza e sostenute durante il ricovero stesso.

Cessione dei diritti
In caso di pagamento diretto da parte della Società alla Struttura sanitaria, ogni diritto derivante all'Assicurato dalla presente polizza si intende fin d'ora irrevocabilmente ceduto, in favore della o delle Strutture sanitarie che fanno parte del servizio convenzionato XXXXX. Il pagamento eseguito dalla Società in forza della presente cessione ed in favore dei cessionari sopra indicati sarà pienamente liberatorio nei confronti dell'Assicurato stesso.

14.c – Ricoveri in Strutture Sanitarie non convenzionate
In caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, presso una Struttura sanitaria e/o equipe medica non convenzionata, la Società rimborserà all'Assicurato le spese sanitarie previste in polizza e dallo stesso effettivamente sostenute durante il ricovero e documentate.
Verranno, inoltre, applicate le modalità di pagamento indicate nel presente articolo, anche nel caso di:
- ricoveri a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale in regime di libera professione "intramuraria";
- ricoveri in cliniche convenzionate o parzialmente convenzionate quando non sia attivata preventivamente la procedura di pagamento diretto.

14.d Ricoveri in Strutture pubbliche o accreditate a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale
In caso di ricovero a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società riconoscerà l'indennizzo come segue:

- se la Struttura sanitaria che eroga le prestazioni è convenzionata con XXXXX vale quanto riportato nell'art. "Ricoveri in Strutture sanitarie convenzionate";
- se la Struttura sanitaria non è convenzionata con XXXXX le spese saranno oggetto di rimborso secondo le modalità descritte nell'art. "Ricoveri in Strutture sanitarie non convenzionate", senza applicazione di alcuno scoperto.

15. Forma delle comunicazioni

Le comunicazioni devono essere fatte a mezzo raccomandata, fax telegramma e/o e-mail certificata.

16. Rinuncia alla rivalsa

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

17. Imposte

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

18. Clausola broker

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

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che devono necessariamente essere fatte dal Contraente e/o dalle Aziende Associate, le comunicazioni fatte alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente e/o dalle Aziende Associate, si intenderanno come fatte dal Contraente e/o dalle Aziende Associate.
In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Società, prevarranno queste ultime.
Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza della Società da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente e/o dalle Aziende Associate al Broker potranno intendersi come fatte alla Società soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima ed alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio dovranno essere fatte alla Società ed avranno efficacia dal momento della ricezione da parte della Società stessa.
Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker si considera effettuato direttamente alla Società, ai sensi dell'art. 118 del D.Lgs. 209/2005.
Il Broker è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, ai sensi degli artt. 120 e 121, del D.Lgs. 209/2005 e dell'art. 55, comma 2, del Regolamento Isvap n. 5/2006.
Qualora il Contraente revochi l'incarico al Broker senza affidarne un altro ad altro Broker oppure qualora il Contraente rilasci ad altro Broker un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dal Contraente, l'incarico al Broker cessato o sostituito si considererà automaticamente privo di effetto nei confronti della Società.
La Società stessa sarà in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra il Contraente ed il/i Brokers o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

19. Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a confermare, con scrittura privata, mandato di decidere se e in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, in prima istanza tra due medici nominati uno per parte ed in mancanza di accordo, ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti in comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio medico risiede, presso la Direzione della Società. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

20. Competenza territoriale

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente articolo 19 è competente esclusivamente, a scelta della parte attrice, quella del luogo ove ha sede il Broker cui è assegnata la polizza o presso il quale è stato concluso il contratto, oppure il luogo ove ha sede l'azienda Associata.

21. Altre assicurazioni

Il Contraente e l'Assicurato in caso di sinistro sono tenuti ad avvisare per iscritto la Società dell'esistenza e della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando ciascuno il nome degli altri (art. 1910 cod. C.C.)

22. Prova

E' a carico di chi chiede l'indennizzo provare l'esistenza degli elementi che valgono a costituire il diritto a termini di contratto.

23. Rinvio alle Norme di Legge

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le Norme di Legge vigenti in Italia .

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

La Società assicura il rimborso delle spese accertate e documentate per cure rese necessarie e conseguenti a malattia , infortunio, parto nella misura delle seguenti prestazioni, con le modalità ed i limiti di seguito indicati.

A. RICOVERI DI MEDICINA O CHIRURGIA ED INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI E DAY HOSPITAL

1. **Ricoveri per grandi interventi , come da allegato 1 ,con il limite massimo per anno assicurativo, per nucleo familiare di Euro 230.000,00:**

- **Durante il ricovero**: Rimborso di quanto speso a qualsiasi titolo **per il ricovero e/o l'intervento**.
- **Prima e dopo il ricovero**: rimborso delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero, nonché delle spese rese necessarie dall'intervento chirurgico - sostenute nei 90 giorni successivi al termine del ricovero – per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, incluso il noleggio dei macchinari per la fisioterapia e dei supporti ortopedici

2. **Altri ricoveri per malattia e infortunio ed interventi chirurgici ambulatoriali con il limite massimo di Euro 330,00 a persona per retta di degenza e con il limite massimo per anno assicurativo, per nucleo familiare di Euro 115.000,00:**

- **Durante il ricovero:** Rimborso delle spese relative al ricovero e/o all'eventuale intervento chirurgico (rette di degenza, onorari del chirurgo, dell' aiuto, dell' assistente, dell' anestesista , spese sala operatoria, assistenza infermieristica, medicinali, medicazioni, esami ecc.)
- **Prima e dopo il ricovero:** In caso di ricovero, anche giornaliero, con o senza intervento chirurgico, rimborso delle spese per accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero, nonché delle spese rese necessarie dall'intervento chirurgico - sostenute nei 90 giorni successivi al termine del ricovero - per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, incluso l'acquisto di piccoli supporti ortopedici o il noleggio di altri supporti o apparecchiature necessarie dalla patologia.

3. **Parto:**
   a. **Parto naturale:**
      i. rimborso delle spese di degenza nel limite massimo di Euro 330,00 giornaliere;
      ii. Rimborso di tutte le altre spese (onorario medico ostetrico, assistenza pediatrica, ostetrica ecc.) nel limite massimo di Euro 2.300,00
   b. **Parto cesareo e gravidanza extrauterina:** rimborso delle spese sostenute nelle stesse misure e con gli stessi limiti previsti per i ricoveri di chirurgia di cui al precedente punto 2.

B. SPESE EXTRAOSPEDALIERE

- rimborso, con il limite massimo per anno assicurativo, per nucleo familiare, di Euro 3.500,00 al 80 per cento delle spese extraospedaliere sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie e specialistiche:

agopuntura prestata da medico specialista, angiografia, bilancio ormonale, colposcopia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia (per non più di tre esami annui), ecocardiografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia, laserterapia, logopedia, mammografia, mineralogia ossea computerizzata, pap test, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, TAC, telecuore, tomografia ad emissione di positroni, urografia nonché per acquisto/noleggio di apparecchi protesici (esclusi occhiali, lenti e protesi dentarie) e per la visita del medico specialista che abbia prescritto la prestazione sanitaria di cui sopra; i rimborsi relativi alla prestazione sanitaria ed alla visita specialistica devono essere richiesti congiuntamente;

- nell'ambito del plafond sopra indicato sub a) e con il limite massimo di Euro 300,00 annui, è previsto per il solo funzionario un check-up diagnostico preventivo sulla base di una prescrizione medica. Qualora a livello aziendale esistano protocolli per l'effettuazione del check-up, in tale sede dovranno essere individuati i necessari adattamenti e coordinamenti applicativi;
- rimborso al 100 per cento del ticket pagato per le suddette prestazioni rese dal SSN;
- rimborso integrale delle spese sostenute per le terapie relative a malattie oncologiche(cobaltoterapia, ecc.) con il limite massimo per anno assicurativo e per nucleo familiare, di Euro17.500.

C. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Sono rimborsabili, fino alla concorrenza dei massimali previsti e con i limiti indicati nella allegata tabella (Allegato n. 2) con il limite massimo, per anno assicurativo, per il complesso delle prestazioni riferite al nucleo familiare di Euro 1.750,00; tale massimale viene aumentato di Euro 950,00 per i primi 2 carichi familiari e di ulteriori Euro 400,00 per ciascuno dei successivi carichi familiari.
In alternativa al trattamento suddetto, al Funzionario che ne faccia esplicita richiesta all'atto della presentazione della prima notula di rimborso nell'anno, verranno rimborsate, entro i limiti massimi su indicati, le spese effettivamente sostenute, con una franchigia assoluta del 20% -.

Fondo Banche Assicurazioni
Il Direttore
Antonio Fraccaroli

ELENCO NUCLEI ASSICURATI ALLA DATA DI DECORRENZA DELLA POLIZZA

Assicurato	Sesso	Ruolo	Data nascita	Codice fiscale	Inizio copertura	Fine copertura
Di Biagio Massimo	M	CAPONUCLEO	23/11/1967	DBGMSM67S23H201S	31/12/2016	31/12/2017
Viti Francesca	F	FAMILIARE	26/05/1971		31/12/2016	31/12/2017
Di Biagio Maria Sole	F	FAMILIARE	30/04/2016		31/12/2016	31/12/2017
Malfatti Mario	M	CAPONUCLEO	31/10/1965	MLFMRA65R31L840Y	31/12/2016	31/12/2017
Cellai Cecilia	F	FAMILIARE	12/09/1966		31/12/2016	31/12/2017
Malfatti Margherita	F	FAMILIARE	25/11/2003		31/12/2016	31/12/2017
Malfatti Filippo	M	FAMILIARE	19/09/2006		31/12/2016	31/12/2017
Banchetti Andrea	M	CAPONUCLEO	15/02/1970	BNCNDR70B15H501C	31/12/2016	31/12/2017
Pulcini Alessandra	F	FAMILIARE	24/10/1977		31/12/2016	31/12/2017
Banchetti Elia	M	FAMILIARE	28/06/2012		31/12/2016	31/12/2017
Banchetti Mia	F	FAMILIARE	28/07/2016		31/12/2016	31/12/2017

ALLEGATO N. 1 – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Per grandi interventi s'intendono quelli per i quali la tariffa minima, approvata con D.P.R. 28 dicembre 1965, n.1763, prevede per il chirurgo operatore un onorario non inferiore a Euro 41,32.
Sono, inoltre, comprese fra le prestazioni di cui sopra anche le seguenti, per le quali l'onorario del chirurgo operatore, previsto dalla tariffa minima approvata con Decreto 1965 n. 1763, è inferiore a Euro 41,32:
- cateterismo cardiaco dx e sin.;
- aortografia;
- cardioangiografia;
- pericardiotomia;
- tutta la chirurgia per la tbc, salvo il pneumotorace, toracoscopia, l'aspirazione ed il drenaggio;
- toracotomia esplorativa;
- tumori bronchiali per via endoscopica;
- tumori maligni della sottomascellare;
- adenomi della tiroide;
- faringotomia ed esofagotomia;
- gastrotomia, gostrostomia, enterotomia;
- trapanazione cranica con puntura ventricolare;
- angiografia cerebrale;
- pneumoencefalografia;
- colostomia per Megacolon;
- amputazione grandi segmenti (ortopedia);
- prelievo per trapianto (ortopedia);
- osteosintesi grandi segmenti;
- ricostruzione tetto cotiloideo.

Per interventi non indicati nella tariffa si farà riferimento ai casi analoghi o similari per gravità di intervento

ALLEGATO N. 2 – TARIFFE PER L'ASSISTENZA ODONTOIATRICA

TARIFFE PER L'ASSISTENZA ODONTOIATRICA PER I FUNZIONARI DELLE IMPRESE ASSICURATRICI

DIAGNOSTICA
Visita parere professionale in studio Euro 23,00
Visita a domicilio del paziente - diurna: Euro 40,00 - notturna: Euro 51,00
RADIOGRAFIA
Radiografia endorale Euro 29,00
Radiografia extraorale Euro 34,00
Scialografia Euro 40,00
Arcata dentaria completa Euro 122,00
ANESTESIA
Anestesia locale plessica Euro 23,00
Anestesia tronculare Euro 29,00
CHIRURGIA
Alveolite - emorragia postestrattiva (per seduta) Euro 18,00
Avulsione dentaria o radice di dente semplice Euro 40,00
Avulsione dentaria indaginosa Euro 122,00
Avulsione di un dente in inclusione ossea Euro 144,00
Piccoli interventi di chirurgia orale Euro 34,00
Apicectomia (cura del canale a parte) Euro 111,00
Intervento chirurgico preprotesico (per ogni arcata) Euro 111,00
Biopsia da Euro 29,00 a Euro 45,00
Implantologia, per ogni elemento impiantato (protesi esclusa) Euro 551,00 (*)

(*) nei casi di chirurgia implantologica con ricovero, sempre che l'intervento abbia richiesto anestesia totale, motivata da particolare e documentata patologia del paziente, il rimborso delle spese avverrà, nell'ambito del massimale previsto dalla lett. A) RICOVERI DI MEDICINA O CHIRURGIA ED INTERVENTI AMBULATORIALI E DAY HOSPITAL con il limite massimo per anno assicurativo per nucleo familiare di Euro 15.000,00.

CURE CONSERVATIVE
Medicazione per carie superficiale Euro 51,00
Devitalizzazione monoradicolare Euro 84,00
Devitalizzazione pluriradicolare Euro 106,00
Cura della gangrena pulpare (per seduta) Euro 34,00
Otturazione in cemento, ossifosfato di cavità semplice: Euro 34,00
Otturazione in cemento, ossifosfato di cavità combinata: Euro 40,00
Otturazione con silicato, amalgama o composito di cavità semplice: Euro 73,00
Otturazione con silicato, amalgama o composito di cavità combinata: Euro 111,00
Cure elettromedicali (per seduta) Euro 23,00
PROTESI FISSA
Corona stampata in acciaio Euro 62,00
Corona stampata in oro (metallo escluso) Euro 177,00
Corona due tempi (metallo escluso) Euro 166,00
Corona in resina Euro 172,00
Corona in porcellana Euro 254,00
Corona Dawis Euro 183,00
Corona fusa (metallo escluso) Euro 232,00
Corona Richmond (metallo escluso) Euro 287,00
Perno moncone Euro 177,00
Corona 3/4 (metallo escluso) Euro 122,00
Elemento di ponte fuso in acciaio Euro 67,00

Elemento di ponte fuso in oro (metallo escluso) Euro 155,00
Elemento di ponte fuso in acciaio e resina Euro 100,00
Elemento di ponte in oro e resina (metallo escluso) Euro 287,00
Elemento di ponte fuso in oro e porcellana (punte platino) Euro 353,00
Elemento di ponte resina Euro 177,00
Protesi di fissazione per elemento (metallo escluso) Euro 232,00
Intarsio a perno Euro 100,00
Corona estetica in oro e resina (metallo escluso) Euro 287,00
Corona estetica in oro e porcellana (metallo escluso) Euro 353,00
Corona in resina provvisoria Euro 51,00
Rimozione di protesi (per corona) Euro 34,00
Intarsi (metallo escluso) Euro 210,00
PROTESI MOBILE
Ganci filo (metallo escluso) Euro 45,00
Ganci fusi (metallo escluso) Euro 51,00
Apparecchio mobile in resina, formato da 1 elemento Euro 84,00
Apparecchio mobile in resina, formato da 2 elemento Euro 122,00
Apparecchio mobile in resina, formato da 3 elemento Euro 177,00
Apparecchio mobile in resina, formato da più di tre elementi Euro 84,00
Completo inferiore in resina Euro 1.211,00
Completo superiore in resina Euro 1.211,00
Completo superiore e inferiore in resina Euro 2.311,00
Scheletrato (metallo a parte) superiore a 4 elementi Euro 914,00
Scheletrato (metallo a parte) di 4 o inferiore a 4 elementi Euro 683,00
Attacchi, ammortizzatori, cerniere, incastro, ecc. (metallo escluso) Euro 177,00
Ribasatura diretta Euro 122,00
Ribasatura indiretta Euro 232,00
Riparazione semplice Euro 84,00
Aggiunta di un elemento alle riparazioni (per elemento) Euro 84,00
PARADENTOSI
Ablazione tartaro e pulitura denti Euro 100,00
Cura stomatite (per seduta) Euro 29,00
Cura chirurgica delle malattie del paradenzio (per seduta) Euro 34,00
Gengivectomia (per ogni gruppo di 4 denti) Euro 100,00
ORTODONZIA INFANTILE
Esame e studio su modelli Euro 67,00
Trattamento ortodontico (compresi apparecchi fissi o rimovibili):
- primo anno di cura Euro 1.046,00
- ciascun anno successivo Euro 1.046,00