SOGESID
Via Calabria 35
00187 Roma Capitale

CAPITOLATO DI POLIZZA RSM

LOTTO 6

ART. 1 - DEFINIZIONI	
Annualità assicurativa	Il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima data di scadenza del contratto. Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra la data di rinnovo e la successiva data di scadenza.
Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Assistenza infermieristica	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma
Broker	Brokeritaly Consulting srl
Centrale Operativa Medica	La struttura costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con La Società , provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete convenzionata" dal contratto.
Contraente	SOGESID
Day Hospital/Day Surgery	La degenza in istituto di cura limitata a una sola parte della giornata.
Difetto fisico	La deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o parti di esso dovuto a sviluppo somatico in soggetti già costituzionalmente predisposti o a condizioni traumatiche acquisite
Durata contrattuale	Il periodo durante il quale il contratto è efficace.
Franchigia	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo viene detratto dall'ammontare dell'indennizzo. Per le garanzie che prevedono un'indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Indennizzo	La somma dovuta in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettiva- mente constatabili.
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	La prestazione chirurgica, senza degenza, effettuata in ambulatorio o ambulatorio protetto, in anestesia locale e/o analgesia anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, ago aspirato, infiltrazioni articolari.
Istituto di Cura	L'ospedale, la clinica o la casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.
Malattia	L'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.
Malattia oncologica	La malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

Nucleo familiare	L'intero nucleo familiare composto da coniuge e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia per i quali La Societàè disposta a prestare l'assicurazione in base a una delle seguenti opzioni, espressamente indicata all'art. 2: a) "nucleo da stato di famiglia": coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia; sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età; "nucleo fiscalmente a carico": coniuge e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia se fiscalmente a carico dell'Assicurato; sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione e definisce il perimetro di tutte le garanzie attive.
Protesi	Il dispositivo con carattere anatomico-funzionale usato per sostituire parzialmente o totalmente una parte del corpo umano non più in grado di operare correttamente.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Scoperto	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	La Compagnia Assicurativa
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati,che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto direttamente dalla Compagnia Assicurativa, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.
Ticket sanitario	Il contributo pagato per la prestazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale, erogata da una struttura del SSN o da una struttura privata con questo accreditata
SSN (Servizio Sanitario Nazionale)	Il servizio sanitario erogato dello Stato Italiano.

Art. 2 Assicurati
Sono Assicurati:

i dipendenti del Contraente con la qualifica di….., e i relativi nuclei da stato famiglia

Art. 3 Rischi assicurati
La Società rimborsa le spese sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio e verificatisi nell'anno assicurativo. Le singole Garanzie, descritte negli articoli che seguono, sono prestate fino a concorrenza dei massimali, entro gli eventuali limiti di indennizzo e con l'applicazione delle franchigie e degli scoperti indicati negli articoli stessi e/o nell'art. 14 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.
La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del SSN.
Se l'Assicurato paga soltanto il ticket previsto dal SSN per la prestazione effettuata La Società rimborserà l'intero importo.

Art. 4 Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

Le spese sanitarie sostenute in caso di:

Art. 4.1 Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o in ambulatorio:

- onorari dell'équipe chirurgica, i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento; **le spese per interventi chirurgici con utilizzo di tecnica robotica sono ricono sciuti solo se effettuati in strutture convenzionate**;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, **effettuati nei 90 giorni precedenti la data dell'intervento chirurgico** o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali(escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), **effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento** o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il **limite giornaliero di € 60** e per una durata non superiore al ricovero, con un **massimo di 30 giorni**
- **per annualità assicurativa**;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col **massimo di € 1.100 per intervento o ricovero**;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e successivo ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), **col massimo di € 2.000 per intervento o ricovero**;
- in caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma **fino ad un massimo di € 1.600**.

In caso di parto con taglio cesareo La Società rimborsa le seguenti spese, comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del **limite di € 7.500 per evento**:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- le rette di degenza fino al **limite giornaliero di € 250**;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col **massimo di € 1.100 per intervento**.

Limiti Di Copertura
Le spese mediche sostenute per gli interventi chirurgici indicati nella tabella seguente vengono rimborsate entro il li-

mite di indennizzo indicato A questi interventi chirurgici verrà sempre applicato lo scoperto e franchigia previsti per gli interventi chirurgici in rete (v. art. 14).

Descrizione pacchetto	**Limite di indennizzo fuori rete**
Facoemulsificazione ed **Asportazione di cataratta** ed impianto di cristallino artificiale (IOL-neutra) in camera anteriore o posteriore (qualsiasi tecnica- ad occhio). Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	**2.000,00**
Riparazione di **ernia ombelicale** o **inguinale** semplice comprensiva di eventuale protesi (qualsiasi tecnica chirurgica). Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	**2.700,00**
Sindromi canalicolari, trattamento completo (**tunnel carpale**, S.di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitroclea-oleocranico, ecc.). Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	**1.540,00**
Trattamento chirurgico dito a martello Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	**1.300,00**
Trattamento chirurgico dito a scatto Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	**1.200,00**
Legatura emorroidi Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	**300,00**
Biopsia della prostata Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura (escluso esame istologico).	**415,00**
Agobiopsia mammella Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura (escluso esame istologico).	**250,00**
Laser ad eccimeri - Lasik, Lasek, PRK, Epilasik e consimili. Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	**1.200,00**
Lesioni cutanee, trattamento e /o asportazione. Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	**350,00**

Art. 4.2 Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico:

- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, **effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero** in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- rette di degenza;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), **effettuati nei 120 giorni successivi alla dimissione** dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col **massimo di € 1.100 per ricovero**.

In caso di ricovero per parto senza taglio cesareo La Società rimborsa le seguenti spese, comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del **limite di € 2.600 per evento**:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;

- l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero,
- le rette di degenza fino al **limite giornaliero di € 150**;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col **massimo di € 1.100 per ricovero**.

Art. 4.3 Precisazioni relative agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero

Il rimborso delle spese sanitarie di cui ai precedenti artt. 4.1 e 4.2 avviene per ciascun sinistro entro il massimale e previa applicazione degli eventuali scoperti e franchigie indicati all'art. 14 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.
Le spese relative a vitto, pernottamento e trasporto sono riconosciute entro i limiti previsti nei precedenti artt. 4.1 e 4.2 senza applicazione di scoperti o franchigie.

Art. 4.4 Spese pre/post ricovero

Le eventuali spese sanitarie precedenti e successive al ricovero o all'intervento elencate nei precedenti artt. 4.1 e 4.2, sono riconosciute previa applicazione di uno scoperto del 15% che rimarrà a carico dell'Assicurato.

Art. 4.5 Indennità sostitutiva

Qualora il ricovero o la degenza in regime di Day hospital avvenga in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del SSN - esclusi eventuali ticket - La Società riconosce una indennità sostitutiva:

- integralmente per ogni pernottamento in istituto di cura;
- al 50 % nel caso di Day Hospital.

Le eventuali spese collegate all'intervento elencate agli artt. 4.1 e 4.2 sono comunque oggetto di rimborso in base a quanto indicato agli art. 4.3 e 4.4.

Nell'art. 14 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo sono indicati l'importo giornaliero e il numero massimo di giorni per annualità assicurativa per cui l'indennità viene corrisposta.

Art. 4.6 Anticipo

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assicurato domandare anticipatamente - entro il limite dell'80% della somma assicurata - il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità a termini di contratto delle spese di ricovero;
- sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito, il presunto ammontare delle spese sanitarie, la descrizione della patologia che rende necessario il ricovero o l'intervento chirurgico, la data prevista per il ricovero.

Art. 5 Maternità

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni in caso di stato di gravidanza fisiologica o patologica, debitamente certificato:

- ecografie (compresa la morfologica)
- analisi clinico chimiche da protocollo
- Amniocentesi o Villocentesi o test equivalente (a titolo esemplificativo e non esaustivo Harmony test)
- visite di controllo ostetrico ginecologiche
- ecocardiografia fetale
- 1 visita di controllo ginecologico post parto
- 2 visite urologiche
- un ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto

La garanzia è operante fino a concorrenza del massimale indicato all'art. 14 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

Art. 6 Cure oncologiche

La Società rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, chemioterapia, radiotera- pia

e immunoterapia rese necessarie da malattia oncologica ed eseguite esclusivamente in regime ambulatoriale o Day hospital.
Sono compresi in garanzia i protocolli rientranti negli studi clinici relativi a sperimentazioni riconosciute dall'AIFA.

La garanzia è operante fino a concorrenza del massimale indicato all'art. 14 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo. Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica con relativo quesito diagnostico.

Esaurito il massimale le prestazioni indicate non potranno essere rimborsate in base ad altre garanzie eventualmente presenti nel contratto.

Art. 7 Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione

La Società rimborsa le spese sanitarie sostenute a seguito di malattia od infortunio per le seguenti prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione, non collegate a ricovero: Angiografia, Arteriografia, Cistografia, Coronarografia, Doppler, Ecocardiografia, Elettromiografia, Endoscopia, Esame urodinamico completo, Holter, Isterosalpingografia, Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC), Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), Scintigrafia, Tomografia ad emissione di positroni (PET), Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Urografia.
Si intendono comprese in questa garanzia le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici.

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 14 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.
Lo scoperto o franchigia che rimane a carico dell'Assicurato viene applicato alla spesa sostenuta per ciascuna prestazione.
Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica con relativo quesito diagnostico.

Art. 8 Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio

La Società rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per:

- onorari dei medici per visite specialistiche (escluse comunque le visite pediatriche di routine e di controllo della crescita, odontoiatriche ed ortodontiche) intendendosi per tali quelle effettuate da medico fornito di regolare specializzazione conseguita presso la facoltà di medicina e chirurgia;
- analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati.

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 14 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.
Il rimborso delle spese per analisi ed esami diagnostici e di laboratorio avviene previa presentazione della prescrizione medica con relativo quesito diagnostico.
L'eventuale scoperto o franchigia viene applicato alla spesa sostenuta per ciascuna prestazione.

Art. 9 Trattamenti fisioterapici

La Società rimborsa le spese sanitarie sostenute a seguito di malattia od infortunio per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi (compresa la logopedia e l'ortottica). Rientrano in questa garanzia le infiltrazioni a fini fisioterapici. Si precisa che i trattamenti devono essere prescritti da medico specialista e possono essere svolti o all'interno di un centro specializzato o eseguiti da persone iscritte al relativo Albo delle figure professionali riconosciute dagli elenchi delle Arti e Professioni sanitarie.
In caso di infortunio si precisa che lo stesso deve essere documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera a cui si è fatto immediato ricorso. Si precisa altresì che saranno ammesse a rimborso soltanto le prestazioni effettuate entro 2 anni dalla data dell'evento, purché in vigenza di polizza.

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 14 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

L'eventuale scoperto o franchigia viene applicato alla spesa sostenuta per ciascuna prestazione o ciclo di terapia .

Art. 10 Cure dentarie

La Società rimborsa, a deroga dell'art. 16 Esclusioni - lett. K), le spese sostenute per le prestazioni dentarie indicate

nella tabella dell'art. 14.

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 14 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.
L'eventuale scoperto o franchigia viene applicato alla spesa sostenuta e documentata dall'Assicurato.

Art. 11 Cure dentarie da infortunio
La Società rimborsa, a parziale deroga dell'art. 16 Esclusioni - lett. K), le spese sostenute per cure e protesi dentarie a seguito di infortunio. L'infortunio deve essere documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera a cui si è fatto immediato ricorso.

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 14 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.
L'eventuale scoperto o franchigia viene applicato alla spesa sostenuta e documentata dall'Assicurato.

Art. 12 Lenti correttive
La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali (compreso il costo delle montature) esclusivamente a seguito di certificazione del medico specialista o dell'ottico optometrista, regolarmente abilitato, per modifica visus o per prima prescrizione.

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 14 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.
L'eventuale scoperto o franchigia viene applicato alla spesa sostenuta e documentata dall'Assicurato.

Art. 13 TABELLA FRANCHIGIE, SCOPERTI, MASSIMALI E LIMITI DI INDENNIZZO
Ad integrazione di quanto indicato nelle singole garanzie valgono i limiti riportati nella tabella che segue.
Il massimale indicato nella tabella è da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nell'art. 2 Assicurati.
Il rimborso delle spese indennizzabili a termini di contratto avviene per ogni garanzia fino a concorrenza del relativo massimale e previa eventuale applicazione dello scoperto e/o della franchigia indicati nel relativo articolo o nella seguente tabella.
Qualora siano operanti sia la franchigia che lo scoperto, in caso di sinistro La Società indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.
L'applicazione degli scoperti e delle franchigie si intende riferita all'ammontare delle spese indennizzabili a termini di contratto, effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato.

Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie
Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio	art. 4.1	€ 100.000	Scoperto: *in rete:* € 750, intervento ambulatoriale € 250 *fuori rete:* 20% con franchigia min € 1.500, intervento ambulatoriale 20% Ticket: rimborso al 100%
Retta di degenza		Limite giornaliero € 300	

Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico **Retta di degenza**	art. 4.2	 Limite giornaliero € 300	Scoperto: *in rete:* € 750, prestazione ambulatoriale € 250 *fuori rete:* 20% con franchigia min € 1.500,prestazione ambulatoriale 20% Ticket: rimborso al 100%
Indennità sostitutiva	art. 4.5	€ 100 Fino al massimo di 150 giorni per annualità assicurativa	
Maternità	art. 5	€ 1.000 per evento	Riconoscimento al 100% della spesa
Cure oncologiche	art. 6	€ 10.000	Riconoscimento al 100% della spesa
Prestazione diagnostica ad alta specializzazione *di cui* **Protesi ortopediche e apparecchi acustici**	art. 7	€ 7.500 sottolimite € 1.100	Scoperto: *in rete:* € 30 *fuori rete:* 25% Ticket: rimborso al 100% Riconoscimento al 100% della spesa
Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio	art. 8	€ 1.000	Scoperto: *in rete*: € 20 *fuori rete:* 25% Ticket: rimborso al 100%
Trattamenti fisioterapici	art. 9	€ 500	Scoperto: *in rete*: € 20 *fuori rete:* 25% Ticket: rimborso al 100%
Cure dentarie	art. 10	€ 2.000	Scoperto: *in rete* / *fuori rete*
Visite			0% / 100%
Igiene orale			0% / 100%
Visita emergenza			0% / 20%
Conservativa			0% / 20%
Radiologia odontoiatrica			0% / 20%
Chirurgia			0% / 20%
Endodonzia			0% / 20%
Paradontologia			0% / 20%
Protesi			20% / 40%
Ortognatodonzia			20% / 40%
Implantologia			20% / 40%
Cure dentarie da infortunio	art. 11	€ 2.000	Scoperto 20%
Lenti correttive (comprese montature) solo a seguito di modifica *visus*	art. 12	*Garanzia non operante*	

Art. 14 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza; al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto, l'assicurazione nei loro confronti viene a cessare indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Art. 15 Permanenza in assicurazione – Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni.
Per coloro che compiono i 75 anni in corso di copertura, la stessa vale fino alla fine dell'annualità assicurativa e pertanto non si darà seguito al rimborso del Premio che si considera acquisito; l'eventuale Premio pagato per l'annualità successiva verrà restituito.
Per le persone che risultino assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con il Contraente, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con il Contraente stesso. Allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro e per- tanto non si darà seguito al rimborso del Premio che si considera acquisito.

Art. 16 Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;

b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;

c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarm a- ci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;

d) gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;

e) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;

f) l'intervento per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico documentato da certificato di pronto soccorso, anche se abbinato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;

g) le cure e le visite specialistiche relative a malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;

h) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;

i) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale, compresi tutti gli accertamenti effettuati dopo la prima diagnosi e propedeutici alle terapie;

j) prestazioni mediche, trattamenti e interventi chirurgici aventi finalità estetiche nonché tutte le cure ad essi collegabili o conseguenti a precedenti interventi chirurgici o cure a fine estetico. Fanno eccezione alla presente

esclusione le prestazioni aventi finalità ricostruttiva conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla pri- ma applicazione;

k) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesici e di implantolo- gia;

l) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni

provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;

m) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;

n) degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;

o) ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisi- che dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

p) cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità;

q) i ricoveri ed i Day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;

r) le cure, gli accertamenti clinico/strumentali e le visite specialistiche correlate alla condizione di sieropositività
H.I.V. o A.I.D.S.

Art. 17 Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 18 Oneri

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al Premio, agli accessori, all'assicurazione ed agli atti da essa dipendenti sono a carico del Contraente anche se il pagamento è stato anticipato da La Società.

Art. 19 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il Premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte di La Società e risultanti dai documenti contrattuali.
Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società , oltre alle rate di Premio scadute e rimaste insoddisfatte, il Premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.
Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera racco- mandata.

Art. 20 Obblighi del Contraente

Se gli assicurati sostengono in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o sono, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione:

- il Contraente si obbliga a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione .

Il Contraente si impegna a fornire a La Società nome, cognome, data di nascita, sesso e codice fiscale (se presente) degli assicurati al momento dell'entrata in copertura. Il Contraente si impegna a comunicare agli assicurati eventuali trasferimenti di agenzia e operazioni societarie straordinarie.
La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a forni- re i chiarimenti e le documentazioni necessarie nonché ad esibire i libri paga.

Art. 21 Premio

Vedi Scheda di copertura

Art. 22 Riservatezza dei dati personali

Il Contraente si impegna a fornire agli assicurati l'Informativa Contrattuale, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016, allegata a queste Condizioni di Assicurazione (GIPRY) ed a restituire a La Società il consenso dell'Assicurato.

Art. 23 Regolazione del Premio

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, il pagamento da parte del Contraente di un Premio. Entro il trentesimo giorno successivo alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa il Contraente si impegna a comunicare:

- **relativamente alla nuova annualità assicurativa**, l'effettivo numero iniziale di unità assicurate (persone o nuclei familiari) affinché La Società possa determinare il Premio che il Contraente dovrà anticipare anche in qualità di Premio minimo;
- **relativamente all'annualità trascorsa**, gli avvenuti inserimenti in garanzia con le corrispondenti date di decorrenza affinché La Società possa procedere alla regolazione del Premio definitivo. Per la regolazione del Premio resta inteso che se l'inserimento in garanzia è avvenuto nel corso del primo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione dell'intero Premio annuo per unità; se invece l'inserimento in garanzia è avvenuto nel secondo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione del 70% del Premio annuo per unità.

A seguito di tali comunicazioni La Società notificherà al Contraente gli importi dovuti che dovranno essere pagati entro 30 giorni dalla notifica stessa.
Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti il Premio da anticipare in via provvisoria per la nuova annualità sarà pari a quanto anticipato per l'annualità trascorsa e sarà considerato in conto od a garanzia di quello relativo all'annualità per la quale non sono stati adempiuti gli obblighi contrattuali. Di conseguenza la Società a si riserva il diritto di sospendere il pagamento dei sinistri pendenti fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per La Società di agire giudizialmente di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.
Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del Premio, La Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli eventi accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 24 - Entrata in vigore dell'assicurazione - Pagamento del premio
A parziale deroga dell'art. 1901 Codice Civile, il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data della decorrenza della polizza. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento. Se il Contraente non paga il premio per le rate successive, la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite. I termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi.

Art. 25 Reti convenzionate

Rete delle "Strutture Convenzionate"
servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati ai quali gli Assicurati possono rivolgersi, attraverso l'attivazione di una Centrale Operativa, per le prestazioni previste dal contratto con costi sostenuti direttamente dalla Società, ad eccezione delle franchigie di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa. Le modalità operative del servizio verranno disciplinate dalla Società

Rete – Network dedicato
in collaborazione con……., ha studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete convenzionata di Studi odontoiatrici dove gli Assicurati possono usufruire delle prestazioni previste dalla garanzia di cui all'art "Cure dentarie" secondo le modalità illustrate dalla Società .

.

Art. 26 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro (richiesta di rimborso)

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro corredata dalla necessaria documentazione medica con la prescrizione riportante il quesito diagnostico;
- allegare la copia della cartella clinica completa per le prestazioni connesse ai ricoveri;
- acconsentire alla visita dei medici inviati da La Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti;

- fornire tutta la documentazione (medica e non) che La Società riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro.

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 27 Criteri di liquidazione

La Società effettua il rimborso delle spese a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione delle fotocopie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.
Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.
Per la corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, La Società effettua il pagamento all'Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero.
La richiesta di rimborso può essere inviata con una raccomandata A.R. contenente l'apposito modulo sottoscritto, in cui è indicato l'indirizzo, e la documentazione inerente il sinistro, **oppure tramite internet** attraverso il sito predisposto dalla Società

Art. 28 Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.
Il Collegio medico arbitrale risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico arbitrale sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico arbitrale sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 29 Rimborso da Enti

Se l'Assicurato ha ricevuto o deve ricevere un rimborso da altro ente assistenziale o da altra assicurazione per una medesima prestazione presente in questo contratto, deve fornire a La Società evidenza degli importi ricevuti o che gli verranno riconosciuti. La Società effettua il pagamento della prestazione richiesta in base a quanto previsto dal con- tratto sulle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato e comunque fino ad un importo che sommato a quanto già indennizzato da altro ente o assicuratore non ecceda il costo sostenuto per quella prestazione.

Art. 30 Determinazione dell'annualità assicurativa di competenza

L'individuazione dell'annualità assicurativa di competenza di un sinistro avviene con il seguente criterio:

a) n caso di ricovero, Day hospital, intervento ambulatoriale e di corresponsione dell'indennità sostitutiva di cui agli artt. 4.1, 4.2 e 4.5 delle Condizioni di Assicurazione, la data del sinistro coincide con quella dell'entrata dell'Assicurato nella struttura ospedaliera. A questa data si fa riferimento per tutte le garanzie collegate al ricovero;
b) per le garanzie di cui agli articoli dal 5 al 13 delle Condizioni di Assicurazione la data del sinistro corrisponde al- la data della documentazione di spesa o di autorizzazione ad effettuare la prestazione.

Art. 31 Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

Art 32 Clausola Broker

Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono al Broker il ruolo di cui al D. Lgs. N. 209/2005, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni. In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
- che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il contraente ai sensi dell'art. 1901 C.C. La Società delegataria o ogni eventuale società coassicuratrice, delegano quindi esplicitamente il broker, all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 Dlgs 209/2005 e con gli effetti per la contraente previsti al primo comma del medesimo articolo;
- che le somme incassate dal broker vengano da questi rimesse agli assicuratori secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il broker trasmetterà alla/e Società distinta contabile riepilogativa della disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti.
- che le variazioni alla presente assicurazione richieste dalla contraente al broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. 1.3 "Pagamento del premio";
- che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti. La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione; la stessa verrà trattenuta dal Broker sulle rimesse premi di assicurazione all'atto della loro rendicontazione;
- che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del Contraente/Assicurato dal Broker;
- che il broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'art. 112, comma 3 del Dlgs 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto.
- Il presente articolo sarà privo di efficacia dal momento in cui dovesse venire a mancare l'obbligatoria iscrizione del broker al RUI, istituito presso l'ISVAP con provvedimento n° 5 del 16/10/2006.
- La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. Il Broker tratterrà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza nella misura del 10% (dieci/ percento) sul premio imponibile.

SCHEDA DI COPERTURA

CONTRAENTE	SOGESID
DURATA CONTRATTUALE	Dalle ore 24.00 del 31/12/2021 Alle ore 24.00 del 31/12/2024
RISCHIO ASSICURATO	RSM DIPENDENTI
NUMERO ASSICURATI INIZIALI	600 DIPENDENTI

GARANZIE

Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie
Intervento chirurgico, parto cesa- reo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio	art. 4.1	€ 100.000	Scoperto: *in rete:* € 750, intervento ambulatoria- le € 250 *fuori rete:* 20% con franchigia min € 1.500, intervento ambulatoriale 20% Ticket: rimborso al 100%
Retta di degenza		Limite giornaliero € 300	
Ricovero in istituto di cura od in re- gime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico	art. 4.2		Scoperto: *in rete:* € 750, prestazione ambulato- riale € 250 *fuori rete:* 20% con franchigia min € 1.500,prestazione ambulatoriale 20% Ticket: rimborso al 100%
Retta di degenza		Limite giornaliero € 300	
Indennità sostitutiva	art. 4.5	€ 100 - massimo di 150 giorni per annualità ass.va	
Maternità	art. 5	€ 1.000 per evento	Riconoscimento al 100% della spesa
Cure oncologiche	art. 6	€ 10.000	Riconoscimento al 100% della spesa
Prestazione diagnostica ad alta specializzazione	art. 7	€ 7.500	Scoperto: *in rete:* € 30 *fuori rete:* 25% Ticket: rimborso al 100%
di cui **Protesi ortopediche e apparecchi acustici**		sottolimite € 1.100	Riconoscimento al 100% della spesa
Visite specialistiche ed esami dia- gnostici e di laboratorio	art. 8	*Garanzia non operante*	Scoperto: *in rete*: € 20 *fuori rete:* 25% Ticket: rimborso al 100%
Trattamenti fisioterapici	art. 9	*Garanzia non operante*	Scoperto: *in rete*: € 20 *fuori rete:* 25% Ticket: rimborso al 100%
Cure dentarie	art. 10	*Garanzia non operante*	Scoperto: *in rete* / *fuori rete*
Visite			0% / 100%
Igiene orale			0% / 100%
Visita emergenza			0% / 20%
Conservativa			0% / 20%
Radiologia odontoiatrica			0% / 20%
Chirurgia			0% / 20%
Endodonzia			0% / 20%
Paradontologia			0% / 20%
Protesi			20% / 40%
Ortognatodonzia			20% / 40%
Implantologia			20% / 40%
Cure dentarie da infortunio	art. 11	€ 2.000	Scoperto 20%
Lenti correttive (comprese montatu- re) solo a seguito di modifica *visus*	art. 12	*Garanzia non operante*	

Premio complessivo lordo Complessivo	€
a) Premio lordo per singolo dipendente	€
b) Premio lordo per inserimento coniuge o convivente “more uxorio”	€
c) Premio lordo per inserimento di ogni figlio	€

LA SOCIETA’ **IL CONTRAENTE**