

**COPERTURA ASSICURATIVA
RIMBORSO SPESE MEDICHE FINPIEMONTE SPA**

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
Assicurazione	Il contratto
Assistenza infermieristica	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma
Azienda Associata	L'azienda convenzionata con la Cassa di assistenza contraente e in regola con i pagamenti dei contributi
Centrale Operativa Medica	La struttura costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con l'Assicuratore, 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
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina il contratto di assicurazione
Contraente	Il Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) a persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
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
Infortunio Indennizzo	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili
Intervento Chirurgico	La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro L'atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richiede l'uso della sala operatoria. Può avvenire in regime di ricovero ordinario o day surgery con o senza degenza
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Le prestazioni chirurgiche, senza degenza, effettuate in ambulatori o ambulatori protetti, 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
IVASS	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
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 o convivente more uxorio e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia; sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 30 anni di età.
Premio	La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore
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
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dall'Assicuratore, 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 dallo stato italiano

Art. 2 - Assicurati

La presente assicurazione è stipulata dal Contraente in nome e per conto dell'Azienda Associata a favore dei propri dipendenti remunerati dell'Azienda stessa.

La sede operativa dell'Azienda Associata, intesa quale luogo di abituale prestazione di lavoro, è situata in Italia e per i dipendenti inviati all'estero l'assicurazione opera, nell'ambito dell'annualità assicurativa di polizza, per un periodo di permanenza continuativa non superiore a 6 mesi.

L'assicurazione è prestata a favore delle persone appartenenti alla categoria indicata in polizza le cui generalità risultano dagli elenchi forniti all'assicuratore dal Contraente.

L'assicurazione prestata per l'intero Nucleo familiare (-> definizioni) in caso di sinistro richiede la presentazione del certificato di stato famiglia oltre alla documentazione prevista dal successivo art. 25.

L'Assicurazione è prestata a favore del personale dipendente di Finpiemonte S.p.A. "Estensione volontaria della copertura al nucleo familiare"

È data facoltà al dipendente di estendere la copertura al nucleo familiare come indicato nelle definizioni, con versamento di un ulteriore premio come indicato all'art. 18.

L'Assicurazione può essere inoltre prestata a favore dei componenti del Consiglio di Amministrazione e del Collegio sindacale sempre su base volontaria con pagamento del premio di polizza a proprio carico.

A integrazione di quanto previsto dall'art. 20 "Regolazione del premio", ai fini dell'operatività della garanzia per il nucleo ad adesione e per le adesioni volontarie delle categorie sopra identificate si precisa che:

- i dipendenti devono comunicare l'adesione del proprio nucleo familiare entro 30 giorni da ciascuna scadenza annuale, con contestuale versamento del relativo premio;
- i dipendenti di nuova assunzione e i dipendenti che contraggono matrimonio o iniziano una convivenza devono comunicare l'adesione del proprio nucleo familiare entro il giorno 30 del mese successivo a quello di assunzione o di modifica del proprio stato di famiglia, con contestuale versamento del relativo premio;
- I componenti del Consiglio di Amministrazione e del Collegio sindacale devono comunicare l'adesione entro 30 giorni da ciascuna scadenza annuale, con contestuale versamento del relativo premio.

Nei confronti degli assicurati inseriti in garanzia su base volontaria opererà l'esclusione delle patologie pregresse relativamente all'area ricovero e per il parto la garanzia decorrerà dalle ore 24 del 300° giorno successivo al giorno di effetto del contratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio la garanzia decorrerà dalle ore 24 del giorno di effetto del contratto a condizione che dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo tale data.

In occasione di ciascun rinnovo annuale tale limitazione varrà esclusivamente nei confronti delle nuove adesioni e nei confronti di quei nuclei che aderiscono dopo un periodo di sospensione.

Nel caso in cui il dipendente decida di estendere la copertura al proprio nucleo risultante da stato di famiglia, il contraente si impegna a far sottoscrivere all'assicurato l'atto di adesione alla polizza, il modello di adeguatezza ed il modulo privacy.

Art. 3 - Rischi assicurati

L'Assicuratore 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. 10 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del S.S.N.

Se l'Assicurato paga soltanto il ticket previsto dal S.S.N. per la prestazione effettuata, l'Assicuratore rimborserà l'intero importo.

Art. 4 - Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

L'Assicuratore riconosce le spese sanitarie sostenute in caso di:

Art. 4.1 - Interventi chirurgici ad alta specializzazione

- 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 riconosciuti 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 € 1.600 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.**

Art. 4.2 - 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 riconosciuti solo se effettuati in strutture convenzionate;**
- assistenza medica e 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 € 1.600 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 l'Assicuratore rimborsa le seguenti spese, comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del **limite di € 10.000 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;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col **massimo di € 1.600 per intervento**.

Art. 4.3 - Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico:

- assistenza medica e infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- 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;
- le 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 € 1.600 per ricovero**.

In caso di ricovero per parto senza taglio cesareo l'Assicuratore rimborsa le seguenti spese, comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del **limite di € 5.000 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
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col **massimo di € 1.600 per ricovero**.

Art. 4.4 - Interventi per la correzione del vizio di rifrazione, fino a concorrenza del limite di € 2.400 per annualità assicurativa con sottolimito di 1.200 per occhio, per:

La Società rimborsa, fino a concorrenza della somma di euro 1.200 per occhio e per anno assicurativo, le spese sostenute per interventi per la cura e/o l'eliminazione dei difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione/miopia, purché motivati da deficit visivo superiore alle 4 diottrie.

Art. 4.5 - 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 e 4.3 avviene per ciascun sinistro entro il massimale e previa applicazione degli eventuali scoperti e franchigie indicati all'art. 10 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 e 4.3 senza applicazione di scoperti o franchigie.

Art. 4.6 - Spese pre/post ricovero

Le eventuali spese sanitarie precedenti e successive al ricovero o all'intervento elencate nei precedenti artt. 4.1, 4.2 e 4.3, sono riconosciute previa applicazione di uno scoperto del 15% che rimarrà a carico dell'Assicurato.

Art. 4.7 - 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 S.S.N. - esclusi eventuali ticket - l'Assicuratore 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, 4.2 e 4.3 sono comunque oggetto di rimborso da parte dell'Assicuratore in base a quanto indicato agli artt. 4.5 e 4.6.

Art. 4.8 - 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 - Cure oncologiche

L'Assicuratore rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, chemioterapia, radioterapia 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.

Art. 6 - Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione

L'Assicuratore rimborsa le spese sanitarie sostenute a seguito di malattia od infortunio per le seguenti prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione, non collegate a ricovero: Amniocentesi (nei seguenti casi: età dell'assicurata oltre i

35 anni, familiarità dell'assicurata con malformazioni genetiche, anomalie cromosomiche rilevate con test di screening ecografici, biochimici ed ultrascreen), 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.

Art. 7 - Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio

L'Assicuratore 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;
- 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;
- medicinali prescritti da medico curante, fino a concorrenza della somma prevista per annualità assicurativa e per nucleo familiare.

Art. 8 - Cure dentarie

L'Assicuratore rimborsa, a deroga dell'art. 16 Esclusioni - lett. K), le spese sostenute per le prestazioni dentarie indicate nella tabella dell'art. 10.

Art. 9 - Lenti correttive

L'Assicuratore rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti (anche usa e getta ma solo per modifica visus o con prescrizione di durata di un anno) 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.

Art. 10 - 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 L'Assicuratore 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. L'opzione scelta deve valere per la totalità degli assicurati in polizza; l'opzione scelta sarà precisata in appendice al contratto.

Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie
Intervento chirurgico ad Alta Specializzazione Retta di degenza	-		
Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio Retta di degenza	art. 4.2	€ 520.000,00	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> € 0, intervento ambulatoriale € 0 <i>fuori rete:</i> 15% con franchigia min € 500,00 intervento ambulatoriale 15% min € 100,00 Ticket: rimborso al 100%
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. 4.3		<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> 0, intervento ambulatoriale € 0 <i>fuori rete:</i> 15% con franchigia min € 500,00 intervento ambulatoriale 15% min € 100 Ticket: rimborso al 100%
Indennità sostitutiva	art. 4.7	€ 150,00 fino al massimo di 120 giorni per annualità sostitutiva	
Cure oncologiche	art. 5	€ 10.000,00	Riconoscimento al 100% della spesa
Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione <i>di cui</i> Protesi ortopediche e apparecchi acustici	art. 6	€ 7.000,00 Sottolimito € 1.100,00	<u>Scoperto e franchigie:</u> <i>in rete:</i> 10% <i>fuori rete:</i> 25% <u>Ticket</u> rimborso 100%
Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio <i>di cui</i> Trattamenti fisioterapici Medicinali	art. 7	€ 3.000,00 Sottolimito € 1.000,00 Sottolimito € 100,00	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> 10% <i>fuori rete:</i> 25% <u>Ticket</u> rimborso 100% <u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> nessuno <i>fuori rete:</i> 15% <u>Ticket</u> rimborso 100%
Lenti correttive solo a seguito di modifica visus	art. 9	€ 400,00	

Cure dentarie	art. 8	€ 2.500	<u>Scoperto:</u>	
			<i>in rete</i>	<i>fuori rete</i>
Visite			nessuno	Rimborso non previsto
Igiene orale			nessuno	Rimborso non previsto
Visita emergenza			nessuno	20%
Conservativa			nessuno	20%
Radiologia odontoiatrica			nessuno	20%
Chirurgia			nessuno	20%
Endodonzia			nessuno	20%
Parodontologia			nessuno	20%
Protesi			20%	40%
Ortognatodonzia			20%	40%
Implantologia	20%	40%		

Art. 11 - 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. 12 - Permanenza in assicurazione – Limiti di età

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

Per coloro che compiono 80 anni in corso di copertura, la stessa vale fino alla fine dell'annualità assicurativa e pertanto non si darà seguito a 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 l'Azienda Associata, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con l'Azienda stessa. Allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro e pertanto non si darà seguito a rimborso del Premio che si considera acquisito.

Art. 13 - 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 psicofarmaci, 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 prima applicazione;
- k) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotetici e di implantologia;
- 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 fisiche 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. 14 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo

Art. 15 - 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 dall'Assicuratore.

Art. 16 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

L'Assicuratore 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 dell'Assicuratore 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 all'Assicuratore, 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 raccomandata.

Art. 17 - Obblighi del Contraente e dell'Azienda Associata

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;
- gli assicurati hanno la possibilità, collegandosi al sito internet dell'Assicuratore, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.

L'Azienda Associata si impegna a fornire all'Assicuratore 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.

L'Assicuratore avrà il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie nonché ad esibire i libri paga.

Art. 18 - Premio

Il Premio annuo, comprensivo di imposta, per ogni dipendente assicurato in base a quanto indicato all'art. 2, è stabilito nella misura di **€ xxxx (premio indicato all'interno della scheda di offerta economica)**.

Il Contraente al perfezionamento dell'assicurazione si impegna pertanto a pagare il Premio sulla base del numero di unità assicurate di n. **85**.

Il Premio annuo, comprensivo di imposta, a carico dell'assicurato per l'estensione al nucleo familiare ad adesione, in base a quanto indicato all'art. 2, è stabilito nella misura di **€ xxxx (premio indicato all'interno della scheda di offerta economica)**.

Il Premio annuo per persona, comprensivo di imposta, a carico di ciascun assicurato ad adesione facente parte delle categorie Consiglio di Amministrazione e Collegio sindacale, in base a quanto indicato all'art. 2, è stabilito nella misura di **€ xxxx (premio indicato all'interno della scheda di offerta economica)**. Per tale categoria non è prevista l'estensione al nucleo familiare.

Art. 19 - Riservatezza dei dati personali

L'Azienda Associata 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 all'Assicuratore il consenso dell'assicurato.

Art. 20 - Regolazione del Premio

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, la corresponsione da parte del Contraente di un Premio. Entro il 30° 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 l'Assicuratore 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 l'Assicuratore 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 l'Assicuratore 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 l'Assicuratore 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 l'Assicuratore di agire giudizialmente o 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, l'Assicuratore, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli eventi accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 21 Pagamento del Premio

I Premi devono essere pagati all'Agenzia di riferimento oppure all'Assicuratore.

Salvo quanto sotto disciplinato il Premio si intende pagato con la consegna della somma corrispondente al Premio stesso.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto dell'Assicuratore al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il Premio, anche se frazionato in più rate, è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo. Nei limiti previsti dalle norme vigenti, il Premio può essere pagato con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il Premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite POS o, se disponibili, altri mezzi di pagamento elettronico. In questo caso il Premio si intende pagato nel giorno di esecuzione materiale dell'operazione;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato all'Assicuratore o all'intermediario, in tale qualità, su conto corrente postale dedicato. In questo caso la data di versamento del Premio e, quindi, la data di decorrenza della garanzia coincide con quella apposta dall'ufficio postale;
- con assegno circolare non trasferibile intestato all'Assicuratore o all'intermediario in tale qualità. In questo caso il Premio si intende pagato nel giorno di consegna del titolo;
- con assegno bancario o postale non trasferibile intestato all'Assicuratore o all'intermediario, in tale qualità. In questo caso il Premio si intende pagato nel giorno di consegna del titolo;
- con bonifico bancario su conto corrente intestato all'Assicuratore o su conto corrente dedicato dell'intermediario, in tale qualità. In questo caso la data di versamento del Premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato all'Assicuratore o sul conto corrente dell'intermediario, in tale qualità;
- con autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD). In questo caso il Premio si intende pagato, salvo il buon fine degli addebiti stessi, nel giorno di sottoscrizione del mandato SEPA, quanto alla prima rata di Premio; alle scadenze prefissate in polizza per le rate successive. Fermo quanto precede, in caso di mancato pagamento anche di una sola rata di Premio la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della rata. In caso di sospensione la garanzia produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente paga, con bonifico bancario o recandosi direttamente presso l'intermediario, tutte le rate scadute e non pagate, e la parte di Premio residuo a completamento dell'annualità. In caso di modifica del rapporto di conto corrente sul quale opera la

procedura SDD il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione all' Assicuratore;

- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:

(1) si tratta del conto separato previsto ai sensi dell'art. 127 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell'articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.

(2) in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del Premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.

Art. 22 - Entrata in vigore dell'assicurazione

L'Assicurazione ha effetto dal giorno e dalle ore indicati in Polizza se a tale data il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze stabilite in Polizza.

Art. 23 - Reti convenzionate

Rete delle "Strutture Convenzionate"

L'Assicuratore deve avere un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati ai quali gli assicurati possono rivolgersi, attraverso l'attivazione della Centrale Operativa, per le prestazioni previste dal contratto con costi sostenuti direttamente dall' Assicuratore, ad eccezione delle franchigie o scoperti di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa.

Art. 24 - 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 dall'Assicuratore 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 l'Assicuratore 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. 25 - Criteri di liquidazione

L'Assicuratore 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, l'Assicuratore 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 (fornito dal broker) sottoscritto e la documentazione inerente **oppure tramite internet.**

Art. 26 - 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 esser 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. 27 - 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 all'Assicuratore evidenza degli importi ricevuti o che gli verranno riconosciuti. L'Assicuratore effettua il pagamento della prestazione richiesta in base a quanto previsto dal contratto 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. 28 - Determinazione dell'annualità assicurativa di competenza

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

- a) In caso di ricovero, day hospital, intervento ambulatoriale e di corresponsione dell'indennità sostitutiva di cui agli artt. 4.1 e 4.2 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 8 delle condizioni di assicurazione la data del sinistro corrisponde alla data della documentazione di spesa o di autorizzazione ad effettuare la prestazione.

Art. 29 - 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. 30 – Clausola Broker e gestione del Contratto tramite Cassa di Assistenza

Finpiemonte affida la gestione del presente contratto al broker incaricato.

Il presente contratto verrà gestito, previa adesione, tramite una cassa di assistenza alla quale verranno versati direttamente i contributi, a seguito del ricevimento degli avvisi di pagamento da parte del Broker.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, nel nome e per conto dell'Assicurato, alla Compagnia, si intenderà come fatta dall'Assicurato. Parimenti, ogni comunicazione fatta dall'Assicurato al Broker s'intenderà come fatta alla Compagnia, purché non comporti variazioni nelle Condizioni di Polizza.

In ogni caso le comunicazioni del Broker alla Società che abbiano un contenuto interruttivo dei termini di

prescrizione dell'azione assicurativa dovranno essere inviate tramite raccomandata con ricevuta di ritorno

Art. 31 - Durata dell'assicurazione

La Polizza decorre dalle ore 24 del 30/04/2024 e cessa alle ore 24 del 30/04/2025 senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo.