

MILANO SERRAVALLE – MILANO TANGENZIALI SpA
(Societa' soggetta all'attivita' di direzione e coordinamento da parte della Provincia di Milano)

POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE INTEGRATIVA F.A.S.I.

DEFINIZIONI	3
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	3
Art. 1: Durata, impostazione e revisione del contratto	3
Art. 2: Gestione del contratto	3
Art. 3: Riferimento alle norme di legge - Foro competente	3
Art. 4: Pagamento del premio - Termini di rispetto	3
Art. 5: Rinuncia al diritto di rivalsa	3
Art. 6: Assicurazione per conto proprio e altrui.....	7
Art. 7: Prova.....	3
Art. 8: Imposte	3
Art. 9: Partecipazione delle Societa' – Associazione temporanea di imprese.....	3
Art. 10: Trattamento dei dati	3
CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE.....	3
Art. 11: Oggetto dell'assicurazione	3
Art. 12: Cure ed accertamenti diagnostici domiciliari o ambulatoriali a seguito di malattia e/o infortunio.....	10
Art. 13: Limiti delle prestazioni	3
Art. 14: Limite d'età.....	3
Art. 15: Copertura gratuita per i neonati.....	3
Art. 16: Estensione ai familiari non iscritti al F.A.S.I.	3
Art. 17: Estensione ad ascendenti e discendenti iscritti al F.A.S.I., ma non presenti nello Stato di Famiglia	3
Art. 18: Persone non assicurabili	3
Art. 19: Estensione territoriale.....	3
Art. 20: Prova del contratto - Validità delle variazioni	3
Art. 21: Altre assicurazioni	3
Art. 22: Denuncia dell'intervento o del ricovero – Obblighi relativi del Contraente o del-l'Assicurato .	3
Art. 23: Criteri di liquidazione	3
Art. 24: Controversie	3
Art. 25: Rinuncia all'azione di rivalsa.....	13
Art. 26: Massimali	3
Art. 27: Tracciabilità dei flussi finanziari	3
Art. 28: Disposizione finale	3
CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA.....	3

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende per:

Azienda o Amministrazione o Ente: Milano Serravalle – Milano Tangenziali SpA, Contraente della polizza;

Assicurato: il soggetto il cui interesse e' protetto dalla assicurazione;

Contraente: il soggetto che stipula la assicurazione;

Attivita' dell'Azienda / Attivita' assicurata: L'esercizio delle attivita' e competenze previste e/o consentite e/o delegate da Leggi, regolamenti, dal proprio Statuto o altri atti amministrativi, e quindi anche la convenzione e gli altri accordi intercorrenti con la concedente ANAS, e le attivita' accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche congiuntamente con altri, e/o partecipando ad altri Enti, Consorzi, Societa', e/o avvalendosi di terzi o loro strutture, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture;

Societa': la Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti nonche', laddove presenti, le Agenzie delle stesse (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto;

Broker: il Broker vigente Willis Italia SpA;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

Sinistro: l'evento dannoso per il quale e' prestata l'assicurazione;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Societa' in caso di sinistro;

Liquidazione del danno: la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;

Annualita' assicurativa o periodo assicurativo: il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;

Assistenza infermieristica: l'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma;

Day Hospital: degenza in Istituto di cura in regime esclusivamente diurno;

Evento: la causa che determina la richiesta di rimborso. Le richieste di rimborso delle spese per prestazioni effettuate anche in tempi diversi, sono considerate un unico evento, se determinate da un'unica causa. L'onere della prova e' a carico dell'Assicurato;

Franchigia: parte delle spese sostenute che rimane a carico dell'Assicurato;

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili;

Intervento chirurgico ambulatoriale: l'intervento di chirurgia, effettuato senza ricovero, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia;

Istituto di cura: la struttura sanitaria pubblica o casa di cura privata regolarmente autorizzata al ricovero dei malati, ai sensi delle leggi o di altre norme emanate dallo Stato in cui ha sede la struttura;

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;

Massimale: la disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per tutti i componenti il medesimo nucleo familiare che fa capo all'Assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo;

Nucleo familiare: nucleo da stato di famiglia e familiari assistiti dal FASI, ascendenti e discendenti, anche se non risultanti dallo stato di famiglia;

Ricovero: la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di cura (pubblico o privato);

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;

Scoperto: la percentuale delle spese sostenute che rimane a carico dell'Assicurato;

Stato patologico: ogni alterazione dello stato di salute conseguente a infortunio o malattia.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata, impostazione e revisione del contratto

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24,00 del 30 settembre 2011 fino alle ore 24,00 del 31 dicembre 2013, con scadenze annuali intermedie al 31 dicembre di ciascun anno, e non è prorogabile automaticamente.

E' facolta' di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte – e anticipata a mezzo telefax - almeno 120 (centoventi) giorni prima di tale scadenza, fermo che non e' consentito alla Societa' assicuratrice inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste.

E' facolta' della Azienda notificare alla Societa', entro i 30 (trenta) giorni antecedenti la scadenza del Contratto di assicurazione, la prosecuzione dello stesso alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 120 (centoventi) giorni immediatamente successivi a tale scadenza, e la Societa' e' tenuta a fornire tale prosecuzione a fronte di un importo di premio per ogni giorno di copertura pari a 1/365 del premio annuale, che verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della prosecuzione.

E' altresì facolta' della Azienda richiedere alla Societa' il rinnovo del contratto, alla sua scadenza, laddove ritenuto opportuno e secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

Resta inteso tra le parti che nel corso del periodo contrattuale possono intervenire revisioni delle condizioni normative e/o economiche, laddove emergano elementi tali da giustificare la loro variazione, secondo quanto previsto dall'art. 115 del D. Lgs. n. 163/2006.

Art. 2: Gestione del contratto

La gestione del contratto, ovvero la collaborazione alla esecuzione dello stesso, e' affidata al broker di assicurazione.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., l'Azienda e la Societa' si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Societa' da' atto che il pagamento dei premi al broker e' liberatorio per la Azienda, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10' giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui scade il termine di pagamento per la Azienda.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta - avverranno anch'esse per il tramite del suddetto broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse (ad eccezione della comunicazione di disdetta/recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dalle parti con lettera raccomandata A.R.).

Art. 3: Riferimento alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali – che verranno interpretate in maniera favorevole all'Assicurato, qualora fossero discordanti tra loro - valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato.

Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo di residenza o sede dell'Azienda.

Art. 4: Pagamento del premio - Termini di rispetto

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, la Azienda pagherà alla Società, per il tramite del broker:

- a. entro 90 giorni o, se la data che ne consegue e' antecedente all'ultimo giorno del 3' mese successivo, entro il 3' mese successivo alla data di decorrenza della copertura, il premio di prima rata convenuto, sempreche' nel frattempo la Società' abbia trasmesso, e siano stati ricevuti, i documenti contrattuali in originale; diversamente, il periodo di differimento viene esteso fino al 30' giorno successivo a quello del loro ricevimento;
- b. entro 90 giorni o, se la data che ne consegue e' antecedente all'ultimo giorno del 3' mese successivo, entro il 3' mese successivo a ciascuna data di scadenza intermedia, il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- c. entro 90 giorni dalla presentazione dell'appendice:
 - o il premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza
 - o il premio di eventuali variazioni contrattuali, se non diversamente convenuto.

Trascorsi senza esito i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno utile e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio (intendendo per tale il giorno in cui la Azienda comunica l'avvenuta ricezione da parte della propria Tesoreria dell'ordinativo di pagamento), ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Per i contratti scaduti, il mancato pagamento del premio di regolazione nei termini stabiliti libera la Società', fermo il suo diritto di agire giudizialmente, dall'obbligo per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 5: Rinuncia al diritto di rivalsa

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

Art. 6: Assicurazione per conto proprio e altrui

L'assicurazione viene stipulata anche per conto della Società Milano-Serravalle Engineering srl, controllata da Milano Serravalle – Milano Tangenziali SpA. Milano-Serravalle Engineering srl beneficerà pertanto di tutte le prestate dal presente contratto nei limiti ed alle condizioni previste. A tale fine pertanto il termine Azienda deve intendersi esteso anche a quest'ultima esclusi quindi solo i casi in cui tale termine si riferisca esplicitamente al Contraente di Polizza.

Art. 7: Prova

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

Art. 8: Imposte

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

Art. 9: Partecipazione delle Società' – Associazione temporanea di imprese

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza e' effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia ... Società' mandataria
- ⇒ Compagnia ... Società' mandante
- ⇒ Compagnia ... Società' mandante

Il termine "Società'" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società' mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società' mandataria per conto comune.

Le Società' convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà' per il tramite del broker, che provvederà' direttamente con ciascuna Società' secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia ... Quota xx%
- ⇒ Compagnia ... Quota xx%
- ⇒ Compagnia ... Quota xx%

Art. 10: Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società') consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità' strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 11: Oggetto dell'assicurazione

La presente assicurazione è integrativa dell'assistenza prestata dal F.A.S.I., a sua volta integrativa delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale e, pertanto, la garanzia è operante ai sensi di polizza per la parte di spese non rimborsata dal F.A.S.I. e dal S.S.N..

Di conseguenza la presente polizza è riservata in via esclusiva agli iscritti al F.A.S.I..

Si precisa che in caso di inoperatività delle prestazioni F.A.S.I. dovuta a ritardo inoltro della richiesta di risarcimento e dei relativi documenti, le prestazioni della presente polizza saranno effettuate al 70%.

La Società rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale annuo indicato all'art. Massimali della presente assicurazione, le spese:

A) in caso di ricovero in istituto di cura, reso necessario da malattia od infortunio:

- 1) accertamenti diagnostici, compresi i relativi onorari medici, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- 2) gli onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- 3) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami post intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- 4) rette di degenza;
- 5) esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici rieducativi e cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero e resi necessari dalla malattia o infortunio che ha determinato il ricovero stesso;
- 6) trasporto per raggiungere il luogo di cura, trasferimento da un luogo di cura all'altro, ritorno al proprio domicilio con qualsiasi mezzo, con il limite di Euro 775,00 per ciascun anno assicurativo; il suddetto limite viene raddoppiato in caso di ricovero all'estero;
- 7) retta per vitto e pernottamento in istituto o casa di cura di un accompagnatore, fino alla concorrenza di Euro 77,50 giornaliera, per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni malattia od infortunio;
- 8) nel caso di trapianti di organi, o parti di essi, conseguenti a malattie od infortuni è altresì compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore. Nel caso di donazioni da vivente, la garanzia assicura il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relative al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed

infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e dell'équipe operatoria e materiale d'intervento), cure, medicinali e rette di degenza.

B) in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, reso necessario da malattia o da infortunio, le prestazioni di cui alla precedente lettera A):

per la determinazione dei termini temporali per le prestazioni sanitarie pre e post ricovero di cui alla precedente lettera **A)** punti 1) e 5), si tiene conto del giorno dell'intervento stesso.

C) in caso di decesso all'estero:

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 Euro 1.550,00.

D) in caso di:

- parto cesareo avvenuto in istituto di cura: il rimborso delle spese di cui alla precedente lettera A);
- parto non cesareo: il rimborso delle spese di cui alla precedente lettera A), fino ad un massimo di Euro 2.000,00 per evento. E' prevista inoltre la corresponsione di una diaria per ciascun giorno di ricovero pari a Euro 103,50, con un massimo di 5 giorni per evento;
- aborto spontaneo o post traumatico comportante il ricovero in istituto di cura: il rimborso delle spese di cui alla precedente lettera A).

E) day hospital :

in caso di degenza in istituto o casa di cura a regime esclusivamente diurno, la Società rimborsa le spese relative:

- all'assistenza medica ed infermieristica;
- alle cure;
- ai trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- ai medicinali;
- alla retta di degenza con il limite massimo di Euro 100,00 giornaliera.

F) anticipi :

è facoltà dell'Assicurato richiedere l'anticipo delle spese effettivamente sostenute e documentate in misura non superiore al 60%, previa contestuale presentazione alla Società di certificazione provvisoria dell'istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, l'eventuale necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero, il presunto ammontare delle spese sanitarie, sempre nell'ipotesi che le stesse eccedano Euro 516,50.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa, si procede al conguaglio attivo o passivo.

Art. 12: Cure ed accertamenti diagnostici domiciliari o ambulatoriali a seguito di malattia e/o infortunio

Questa garanzia assicura, fino alla concorrenza del massimale annuo indicato all'Art. Massimali della presente polizza, in caso di malattia e/o infortunio, il rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie non effettuate durante il ricovero:

- visite mediche, comprese le parcelle per visite specialistiche o consulenti;
- accertamenti diagnostici;
- prestazioni infermieristiche;
- cure mediche e trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- cure termali, escluse le spese alberghiere;
- cure odontoiatriche ed ortodontiche, acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche;
- acquisto di lenti correttive di vizi della vista clinicamente accertati (escluse montature), nonché di protesi sostitutive oculari;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- acquisto di amplificatori acustici;
- noleggio di apparecchiature per emodialisi e di erogatori di ossigeno portatili per post enfisema polmonare;
- acquisto e/o noleggio di carrozzelle ortopediche.

Art. 13: Limiti delle prestazioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

a) il rimborso delle spese:

- per le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, fatta eccezione per i casi comportanti intervento chirurgico, per i quali verrà riconosciuto il solo rimborso delle spese inerenti all'intervento stesso;
- per l'aborto volontario;
- per la cura di infortuni e di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;

b) il rimborso delle spese relative ad infortuni:

- derivanti da sports aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
- sofferti in stato di ubriachezza o conseguenti ad azioni delittuose compiute dolosamente dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imperizia, imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato stesso.

Sono inoltre escluse dall'assicurazione:

- le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);

- le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici, salvo quanto previsto dalle singole prestazioni assicurate;
- le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, tumulti popolari, da aggressioni o da atti violenti cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, che abbiano movente politico o sociale, da movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche.

Art. 14: Limite d'età

L'assicurazione può essere stipulata da persone che non abbiano compiuto il 75° anno di età e vale comunque per le persone di età non superiore ai 75 anni.

Art. 15: Copertura gratuita per i neonati

I neonati nel periodo di validità della polizza sono gratuitamente assicurati per identiche somme e garanzie previste per la madre al momento della loro nascita, con decorrenza da tale momento e sino alle ore 24 del 30° giorno successivo, dopo di che deve essere comunicato il nuovo Stato di Famiglia.

Art. 16: Estensione ai familiari non iscritti al F.A.S.I.

La copertura può essere estesa, su richiesta del Contraente, ai familiari dell'Assicurato non iscritti al F.A.S.I., purchè risultanti dallo Stato di Famiglia e purchè sia pagato il premio aggiuntivo richiesto.

Relativamente a tali assicurati, le prestazioni di cui "Art. – Oggetto dell'Assicurazione" e "Art. – Cure ed accertamenti diagnostici domiciliari o ambulatoriali a seguito di malattia e/o infortunio" della presente polizza verranno liquidate con la deduzione di uno scoperto del 30% e con il minimo di Euro 130,00.

Art. 17: Estensione ad ascendenti e discendenti iscritti al F.A.S.I., ma non presenti nello Stato di Famiglia

La copertura può essere estesa, su richiesta del Contraente, ad ascendenti e discendenti iscritti al F.A.S.I., anche se non risultanti dallo Stato di Famiglia, purchè sia pagato il premio aggiuntivo richiesto.

Art. 18: Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone che siano o siano state affette da tossicomanie, alcolismo, aids, o infermità mentali e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Art. 19: Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 20: Prova del contratto - Validità delle variazioni

La proposta scritta diretta alla Società e la polizza firmata dalla Società stessa, a mezzo delle persone all'uopo autorizzate, e dal Contraente, sono i soli documenti che fanno prova delle condizioni regolatrici dei rapporti tra le Parti.

Qualunque modifica del contratto non è valida se non risulta da appendice sottoscritta dalle Parti.

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione.

Se il Contraente richiede l'inclusione di altre persone in sostituzione od in aumento di quelle già assicurate e se la Società accetta tale richiesta, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui sia stata presentata la relativa richiesta, fermo tutto quanto stabilito dalle condizioni del presente contratto e fermo l'obbligo della Contraente del pagamento del maggior premio eventualmente dovuto.

Per i nuovi assicurati inclusi in corso d'anno, il relativo premio sarà calcolato al 100% del premio annuo qualora l'inclusione avvenga entro i primi sei mesi dall'effetto della polizza, al 60% qualora l'inclusione abbia luogo nei successivi 6 mesi.

L'esclusione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data in cui il Contraente ha richiesto detta esclusione.

Art. 21: Altre assicurazioni

Il Contraente è tenuto a denunciare alla Società l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il rimborso di spese di cura per malattia e/o infortunio.

La Società, entro 30 giorni dalla comunicazione, può recedere dal contratto con preavviso di almeno 15 giorni.

Art. 22: Denuncia dell'intervento o del ricovero – Obblighi relativi del Contraente o dell'Assicurato

Il Contraente o l'Assicurato devono presentare denuncia alla Società entro 30 giorni dal ricovero o dall'intervento o da quando ne hanno avuto la possibilità.

L'Assicurato deve fornire ogni informazione e sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Se dolosamente non viene adempiuto agli obblighi previsti dal presente articolo, l'Assicurato perde il diritto all'indennizzo; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 23: Criteri di liquidazione

La Società effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato od ai suoi eredi a termini della presente polizza di assicurazione su presentazione, in fotocopia, del modulo "richiesta delle prestazioni" inoltrato al F.A.S.I. e, in originale, delle notule debitamente quietanzate, contenenti la specifica dettagliata delle prestazioni, accompagnate

da opportuna dichiarazione del F.A.S.I. attestante l'ammontare dell'importo erogato dal F.A.S.I..

L'IVA, purché regolarmente documentata, sarà liquidata in percentuale sull'importo rimborsabile a termini di polizza.

Nei casi in cui la certificazione della spesa in originale sia richiesta dall'Ente di assistenza sanitaria, le notule di spesa possono essere presentate in copia, unitamente alla prova della quota di concorso erogata dall'Ente stesso.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali dell'ufficio Italiano dei Cambi.

In caso di mancata erogazione delle prestazioni del F.A.S.I., per qualsivoglia motivo, le spese effettivamente sostenute e documentate verranno rimborsate nei limiti in cui sarebbero state liquidate se le richieste di prestazioni fossero state accolte dal F.A.S.I., con il massimo del 70% delle spese effettivamente sostenute e rimborsabili.

Art. 24: Controversie

In caso di controversie sulla natura dell'evento o sulla misura dei rimborsi, le Parti si obbligano a conferire mandato con scrittura privata, di decidere se sia dovuto il rimborso ed in quale misura a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Segretario del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio dei Medici risiede, a scelta della Società, presso la sede della Società stessa o presso la sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

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

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 25: Massimali

L'assicurazione di cui alla presente polizza è prestata fino alla concorrenza dei seguenti massimali (fatti salvi gli specifici limiti di risarcimento previsti nelle singole garanzie):

art. – Oggetto dell'Assicurazione comma A / B / D / E : massimale illimitato

art. – Cure ed accertamenti diagnostici domiciliari o ambulatoriali a seguito di malattia e/o infortunio: massimale illimitato.

Art 26: Obblighi di informazione

La Società si impegna a fornire direttamente agli assicurati, con cadenza trimestrale, un elenco riepilogativo dei rimborsi effettuati, riportante:

- la numerazione attribuita dalla Società,
- gli estremi identificativi della fattura,

- l'importo rimborsato.

Art. 27: Tracciabilita' dei flussi finanziari

La Societa' assicuratrice, la Societa' di brokeraggio assicurativo, nonche' ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera) , sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilita' dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. .

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalita' e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 28: Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.
La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente).

CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA

Nuclei Assicurati	Premio unitario imp.le
8	..
Totale premio imponibile	euro ...
Imposte	euro ...
Totale premio lordo annuo	euro ...