

**BOZZA CAPITOLATO
ASDEP
PREMORIENZA - LTC - RSMO**

CONDIZIONI GENERALI DI CONVENZIONE

ART. 1 – EFFETTO E DURATA DELLA CONVENZIONE

La presente Convenzione stipulata tra la Società e la Contraente ha durata di 48 mesi, dalle ore 24,00 del 31/12/2012 alle ore 24,00 del 31/12/2016, con facoltà di disdetta riconosciuta alle Parti ad ogni scadenza annuale a partire dalle ore 24,00 del 31/12/2014 e a condizione che la disdetta sia comunicata a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, con un preavviso di 180 giorni rispetto alla scadenza annuale.

Resta inteso che la comunicazione di disdetta eventualmente inviata dalla Società si intende valida per l'intera convenzione anche se riferita ad una sezione soltanto della stessa.

Alla scadenza dal 31/12/2016 l'ASDEP, al fine di esperire una nuova gara per il collocamento della polizza, si riserva la facoltà di prorogare il contratto per un periodo di ulteriori sei mesi, notificando in tal senso alla Società almeno 90 giorni prima del termine del contratto. Per tale periodo di proroga alla Società spetterà un premio che non potrà in ogni caso essere superiore a 180/360 al 50% del premio annuale del contratto.

La presente Convenzione opera, ad ogni effetto, senza soluzione di continuità con la Convenzione stipulata da ASDEP scaduta il 31.12.2012.

ART. 2 – CERTIFICATI DI APPLICAZIONE

L'adesione al presente programma da parte degli Enti aderenti ad ASDEP e da essa ammesse alla Convenzione viene perfezionata su base volontaria mediante Certificati di Assicurazioni emessi dalla Società per ogni singola Ente aderente ad ASDEP.

I Certificati avranno scadenza uguale a quella della Convenzione e decorrenza definita dalla Contraente.

Nel caso di disdetta della Convenzione i singoli Certificati si intendono automaticamente disdettati.

Tali Certificati costituiranno parte integrante della Convenzione e pertanto la relativa normativa ivi prevista deve essere considerata integralmente estesa agli Enti aderenti, assicurati per il tramite dei suddetti certificati.

I certificati operano, ad ogni effetto, senza soluzione di continuità con i certificati emessi per i medesimi Enti che abbiano aderito alla Convenzione stipulata da ASDEP scaduti il 31.12.2012.

ART. 3 – PREMI

Per ogni singola Sezione di cui si compone la presente Convenzione è prevista la misura del premio per le inclusioni avvenute nel primo e nel secondo semestre dell'annualità assicurativa.

Rimane, peraltro, convenuto che nel caso di adesione ad ASDEP di un Ente nel corso dell'annualità assicurativa, la misura del premio per ciascun assicurato verrà stabilita in dodicesimi, considerando il mese di decorrenza come mese intero. Il premio per le successive inclusioni di assicurati verrà determinato in base a quanto previsto al primo comma del presente Articolo, fermo restando, in ogni caso, che detto premio non potrà essere superiore rispetto al rateo di premio determinato per l'adesione in corso d'anno dell'Ente stesso.

ART. 4 – MODIFICHE

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dalla Convenzione potrà essere introdotta e/o imposta dalla Società ai singoli certificati, se non in base ad apposita modifica alla Convenzione stessa accettata dalla Società e dalla Contraente.

Le eventuali modifiche contrattuali alla stipulazione della Convenzione debbono essere provate per iscritto.

ART. 5 PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Certificato.

Per il pagamento del premio è concesso un termine di mora di 90 giorni per il versamento di quanto dovuto. Se non viene pagato il premio o la regolazione del premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del novantesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Quanto previsto al comma precedente si applica anche per il pagamento del premio dovuto ad ogni scadenza annuale.

Entro il 45° 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 affinché la Società possa determinare il premio che dovrà essere anticipato;
- **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.

A seguito di tali comunicazioni la Società notificherà al Contraente gli importi dovuti che dovranno essere pagati entro 90 giorni dalla notifica stessa.

La Società ha diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

ART. 6 - FORO COMPETENTE

Per la risoluzione di eventuali controversie il foro competente è quello di residenza o domicilio Contraente, ovvero dell'Assicurato.

ART. 7 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 8- ALTRE ASSICURAZIONI

Gli Assicurati sono esonerati dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da loro stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

ART. 9 – RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

ART. 10 - ESTENSIONE TERRITORIALE

Le coperture assicurative previste dalla presente Convenzione sono valide in tutto il mondo.

ART. 11 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

Eventuali aumenti delle imposte relative al premio stabilite per legge saranno calcolati nel premio dell'anno successivo.

ART. 12 – CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato, ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005, la gestione del presente contratto e dei relativi certificati di applicazione alla Società di Brokeraggio assicurativo GPA ASSIPAROS SpA, con sede legale in Milano, Via Melchiorre Gioia 124, iscritta al RUI – Sezione B – con il n. 98643, quale Capogruppo dell'Associazione Temporanea d'Imprese costituita con le Società G.B.S. General Broker Service S.p.A. e ITAL BROKERS S.p.A., Broker incaricato ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005.

Si conviene, a parziale deroga delle norme di assicurazione, che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti tramite la Società GPA ASSIPAROS S.p.A., e in particolare:

- a) Il Broker provvede alla gestione il contratto, per conto del Contraente, fino a che il suo incarico rimane in vigore. È pertanto fatto obbligo al Contraente di comunicare alla Società l'eventuale modifica dell'incarico al Broker.
- b) Qualora la Società intenda procedere, presso il Contraente, ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo dovrà darne comunicazione al Broker, con preavviso di almeno 15 giorni, affinché lo stesso possa, ove lo ritenga, essere presente.
- c) Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la cessazione dell'assicurazione che debbono necessariamente essere fatte direttamente dalle parti, agli effetti dei termini fissati dalle norme di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta dal Contraente. Parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società.
- d) La Società provvederà alla emissione del contratto e delle eventuali successive appendici ed entro 30 giorni dalla loro data di effetto li farà avere al Broker. La Società provvederà anche all'emissione dei documenti di rinnovo relativi alle rate di premio successive e li farà pervenire, almeno 15 giorni prima della scadenza al Broker. Alla cura del Broker è affidato l'incasso ed il perfezionamento dei suddetti documenti. In caso di mancato perfezionamento e/o incasso il Broker provvederà a restituire alla Società i documenti entro 30 giorni dal termine contrattualmente previsto per il pagamento dei premi. La polizza e le eventuali successive appendici, dovranno essere restituite alla Società dopo il perfezionamento e/o l'incasso; le copie di spettanza del Contraente verranno da questi trattenute all'atto del perfezionamento.
- e) Il pagamento effettuato dalla Contraente al Broker costituisce quietanza per il Contraente stesso.

Il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo raccomandata, telefax o telegramma le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dal timbro postale o la data di invio del telefax. Tali comunicazioni d'incasso comporteranno automatica copertura del rischio anche per le quote delle Società Coassicuratrici che si impegnano a ritenerle valide.

- a. I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini temporali della copertura.
- b. Il Broker provvederà ad inviare alla Società regolare denuncia dei sinistri; la Società comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato).
- c. La Società comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione.

Al Broker dovranno essere corrisposte, ad esclusivo carico della/e delegataria/e e della/e eventuale/i compagnie coassicuratrici, le provvigioni nella misura del 10% calcolate sul premio imponibile.

ART. 13 – CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

La presente convenzione, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 del C.C., si risolverà di diritto al verificarsi di una delle situazioni di seguito indicate, fermo restando il diritto di ASDEP di agire per il risarcimento dei danni subiti:

1. subappalto delle prestazioni contrattuali senza autorizzazione di ASDEP;
2. cessione del contratto;
3. dopo tre inadempienze - comprese le non corrette trasmissioni dei dati inerenti i sinistri - contestate tramite raccomandata A.R. in ordine alla perfetta esecuzione del servizio;
4. provvedimenti a carico dei rappresentanti dell'appaltatore di cui alla vigente normativa antimafia;
5. revoca dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa;
6. violazione degli obblighi di riservatezza.

ART. 14 – PARTECIPAZIONE AGLI UTILI SEZIONI PREMORIENZA, LTC E RIMBORSO SPESE MEDICHE

E' prevista la partecipazione agli utili in relazione all'andamento tecnico della Convenzione alla scadenza di ciascuna annualità.

Entro quattro mesi da ogni scadenza annuale della Convenzione a partire dal 31 dicembre 2013, con riferimento alla annualità assicurativa trascorsa, verrà compilato uno speciale bilancio di partecipazione agli utili dell'annualità assicurativa nel quale figurino:

- **all'attivo:** l'80% dei premi imponibili delle tre Sezioni (premorienza, ltc, e rimborso spese mediche) comprese le regolazioni premi di competenza;
- **al passivo:**
 - a) gli importi liquidati
 - b) gli importi riservati, ad insindacabile giudizio della Compagnia, per la liquidazione dei sinistri pendenti

L'eventuale saldo attivo risultante da tale bilancio, ridotto nella misura del 50% sarà devoluto alla Contraente comunque nella misura massima pari ad € 0,50 moltiplicato per il numero dei dipendenti caponucleo, assicurati nel periodo di riferimento, appartenenti degli Enti INPS, INAIL, INPDAP ed ACI.

La liquidazione degli eventuali utili avverrà entro e non oltre il 30 maggio successivo alla scadenza annuale, fermo restando l'avvenuto pagamento dei premi da parte della Contraente.

SEZIONE I

COPERTURA ASSICURATIVA IN CASO DI PREMORIENZA

DEFINIZIONI

Assicurati

I dipendenti di INPS, INAIL, INPDAP ed ACI nonché degli altri Enti Pubblici aderenti ad ASDEP

Assicurazione

Contratto di assicurazione

Beneficiari

Coloro ai quali spettano le somme assicurate in caso di sinistro

Capitale assicurato

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

Contraente

Associazione "Assistenza Sanitaria Dei Dipendenti Degli Enti Pubblici" (ASDEP)

Polizza

Documento che prova l'assicurazione

Premio

Somma dovuta dal Contraente alla Società

Rischio

Possibilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne

Sinistro

Verificarsi del fatto dannoso per il quale è prevista l'assicurazione

Società

Impresa assicuratrice

SEZIONE I

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ART. 1- OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La copertura assicurativa riguarda, per i capitali previsti all'art. 4 e nei limiti previsti dalle presenti condizioni, il pagamento di una somma in caso di morte dell'Assicurato da qualunque causa determinata purché questa avvenga nel corso del periodo di validità della copertura.

ART. 2- ASSICURATI

L'assicurazione si intende valida a favore dei dipendenti di INPS, INAIL, INPDAP ed ACI ai quali si applica l'art. 46 del CCNL/1994-1997.

L'assicurazione è, altresì, valida per i dipendenti degli altri Enti Pubblici aderenti ad ASDEP.

ART. 3- BENEFICIARI

Beneficiari della prestazione sono gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato.

ART. 4- CAPITALI ASSICURATI

Il capitale assicurato per ciascun dipendente assicurato è pari a € 36.200,00

ART. 5- PREMIO

Il premio pro capite dovuto alla Società è stabilito in Euro

Il premio per la prima annualità verrà determinato sulla base del numero effettivo degli Assicurati che gli Enti comunicheranno entro e non oltre il 28/02/2013.

ART. 6- DOCUMENTAZIONE SANITARIA

I rischi verranno assunti dalla Società senza richiesta alcuna di documentazione sanitaria.

ART. 7- LIMITI DI ETÀ'

All'atto della stipulazione del contratto possono essere inclusi in assicurazione tutti gli appartenenti al gruppo degli Assicurati aventi età non superiore a 70 anni. L'assicurazione non è rinnovabile nei confronti degli Assicurati che abbiano superato i 70 anni di età. Nel caso di compimento del settantesimo anno in corso d'anno, l'Assicurato verrà mantenuto in copertura fino al successivo 31 dicembre.

ART. 8 - ESCLUSIONI

E' escluso dall'assicurazione soltanto il decesso causato:

- a) da attività dolosa del beneficiario;
- b) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano. In questo caso la garanzia può essere prestata solo alle condizioni stabilite dal competente Ministero e su richiesta del contraente;
- d) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, in qualità di membro dell'equipaggio.

ART. 9- SUICIDIO

Il decesso causato da suicidio è incluso in garanzia fin dall'ingresso in polizza dell'assicurato.

ART. 10 - SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ TESTE

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo di € 5.000.000,00: detto importo andrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite dal sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

ART. 11 - DURATA E SCADENZA CONTRATTUALE

Il contratto ha durata di 48 mesi, dalle ore 24,00 del 31/12/2012 alle ore 24,00 del 31/12/2016.

L'assicurazione decorre dalle ore 24,00 del 31/12/2012 ancorché il premio venga corrisposto entro novanta giorni stante la particolare natura degli Enti aderenti alla Convenzione.

ART. 12 - DISDETTA CONTRATTUALE

Per quanto concerne l'eventuale disdetta a partire dalle ore 24,00 del 31/12/2014 vale quanto previsto all'Art.1 delle Condizioni Generali di Convenzione.

ART. 13 – ANAGRAFICHE

L'elenco degli assicurati, così come ogni variazione intervenuta nel periodo assicurativo dovranno essere comunicate alla Società tramite il Broker, dagli Enti ovvero dalla Contraente, secondo le modalità tecniche che dovranno essere concordate con il Contraente.

In particolare all'inizio del periodo assicurativo il Contraente, ovvero gli Enti, provvederanno a trasmettere l'elenco degli assicurati e, successivamente, ogni sei mesi, a trasmettere l'elenco delle eventuali inclusioni che si dovessero verificare.

Rimane fermo che ai fini della validità della copertura assicurativa farà fede la dichiarazione dell'Ente aderente ad ASDEP, a prescindere dalla avvenuta comunicazione del nominativo dell'Assicurato alla Società.

ART. 14 – INCLUSIONI ED ESCLUSIONI.**1) Nuove inclusioni**

Le nuove inclusioni che si verificheranno in corso d'anno dovranno essere comunicate dal Contraente/Enti, tramite il Broker, alla Società.

La garanzia per l'assicurato decorre dal giorno in cui si instaura il rapporto di lavoro tra l'Assicurato e l'Ente di appartenenza aderente a ASDEP.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste al numero 1 del presente articolo, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde al 100% del premio annuo per il primo semestre e al 50% del premio annuo per il secondo semestre

2) Cessazione del rapporto di iscrizione

Per le persone che risultino assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con l'Ente aderente ad ASDEP, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con l'Ente stesso; allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale.

ART. 15 - TEMPI DI LIQUIDAZIONE

La liquidazione del capitale assicurato sarà effettuata entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa da parte della Società. La documentazione completa richiesta dalla Società per la liquidazione (inclusa copia della documentazione fornita dall'Ente competente che attesti la presenza in servizio del dipendente al momento del sinistro) dovrà pervenire, da parte degli interessati alla Società.

La Società si impegna a fornire all'atto della stipulazione del contratto l'elenco dei documenti necessari per la liquidazione del capitale e un fascicolo informativo contenente una guida all'utilizzo del servizio di liquidazione sinistri.

ART. 16 – STATISTICHE SINISTRI

Fermo restando il rispetto della normativa relativa al trattamento dei dati personali (D.Lgs 675-96 ed eventuali successive modificazioni), la Società si impegna a fornire, con cadenza mensile, alla Contraente, tramite il Broker, l'elenco globale dei sinistri denunciati e gestiti, mediante un tracciato informatico - excel/csv - contenente i seguenti campi:

Campo	Formato	Descrizione
Numero sinistro	Alfanumerico	Identifica univocamente il sinistro nell'ambito del sistema.
Cognome	Testo	Cognome assicurato
Nome	Testo	Nome assicurato
Codice Fiscale	Alfanumerico	Codice fiscale assicurato
Data apertura	gg/mm/aaaa	Data di apertura del sinistro
Data chiusura	gg/mm/aaaa	Data di chiusura della pratica indipendentemente se con / senza seguito.
Numero polizza	Alfanumerico	Numero di polizza
Stato	Alfanumerico	identificazione dello stato sinistro (es. APERTO)
Causali Senza Seguito	Alfanumerico	Identificazione dettagliata della causale senza seguito
Età assicurato	Numerico	Età dell'assicurato
Sesso	Carattere	Sesso dell'assicurato: (M)aschio / (F)emmina.
Importo liquidato	Decimale	Importo pagato.
Importo riservato	Decimale	Importo riservato per lo specifico sinistro.

SEZIONE II

COPERTURA ASSICURATIVA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA

DEFINIZIONI

Assicurato

I dipendenti di INPS, INAIL, INPDAP ed ACI nonché degli altri Enti Pubblici aderenti ad ASDEP.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Contraente

Associazione "Assistenza Sanitaria Dei Dipendenti Degli Enti Pubblici" (ASDEP)

Infortunio

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

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, casa di convalescenza e di soggiorno regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero

La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

Ricovero di lunga degenza

La degenza in Istituto di cura specializzata nell'assistenza agli anziani e/o a persone non autosufficienti

Sinistro

L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Società

Impresa assicuratrice

Somma assicurata (Rimborsuale)

Somma di denaro garantita mensilmente dalla Società in caso di riconoscimento di stato di non autosufficienza, ed a copertura dei costi sostenuti dall'Assicurato per assistenza sanitaria e sociale (es. badante, infermiere, fisioterapista, onorari medici, accertamenti, cure e ricoveri riconducibili e correlati allo stato di non autosufficienza)

Somma assicurata (Rendita)

Somma di denaro dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento delle prestazioni.

SEZIONE II

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo 10 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

ART. 2 - ASSICURATI

L'assicurazione si intende valida a favore dei dipendenti di INPS, INAIL, INPDAP ed ACI ai quali si applica l'art. 46 del CCNL/1994-1997.

L'assicurazione è, altresì, valida per i dipendenti degli altri Enti Pubblici aderenti ad ASDEP.

L'assicurazione è valida per tutti gli assicurati di età compresa tra 18 e 70 anni, che rispondono ai criteri di accettazione medica esposti all'articolo 3 "Condizioni di Assicurabilità".

Nel caso di compimento del settantesimo anno nel corso dell'annualità assicurativa, l'Assicurato verrà mantenuto in copertura fino al successivo 31 dicembre.

ART. 3 - CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. avere bisogno dell'aiuto di un terzo, al momento dell'inizio copertura, per almeno degli atti ordinari della vita quotidiana di cui all'Art.10
2. Aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 25%.
3. Presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
4. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da diabete non controllato o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

Per quanto concerne i dipendenti degli Enti aderenti ad ASDEP, appartenenti alle categorie protette (ai sensi delle Leggi 482/68 e 68/99), questi si considerano assicurabili. Peraltro, la garanzia non opera qualora lo stato di non autosufficienza di cui all'Art. 10 - Definizione dello stato di non autosufficienza – sia conseguenza diretta, ovvero un aggravamento, del precedente stato di invalidità che ha costituito il titolo dell'assunzione ai sensi delle Leggi sopra citate.

ART. 4 - DURATA E SCADENZA CONTRATTUALE

Il contratto ha durata di 48 mesi, dalle ore 24.00 del 31/12/2012 alle ore 24,00 del 31/12/2016.

L'assicurazione decorre dalle ore 24,00 del 31/12/2012 ancorché il premio venga corrisposto entro novanta giorni stante la particolare natura degli Enti aderenti alla Convenzione.

ART. 5 - DISDETTA CONTRATTUALE

Per quanto concerne l'eventuale disdetta a partire dalle ore 24,00 del 31/12/2014 vale quanto previsto all'Art.1 delle Condizioni Generali di Convenzione.

ART. 6 – ANAGRAFICHE

L'elenco degli assicurati, così come ogni variazione intervenuta nel periodo assicurativo dovranno essere comunicate alla Società tramite il Broker, dagli Enti ovvero dalla Contraente, secondo le modalità tecniche che dovranno essere concordate con il Contraente.

In particolare all'inizio del periodo assicurativo il Contraente, ovvero gli Enti, provvederanno a trasmettere l'elenco degli assicurati e, successivamente, ogni sei mesi a trasmettere l'elenco delle eventuali inclusioni che si dovessero verificare.

Rimane fermo che ai fini della validità della copertura assicurativa farà fede la dichiarazione dell'Ente aderente ad ASDEP, a prescindere dalla avvenuta comunicazione del nominativo dell'Assicurato alla Società.

ART. 7 - SOMMA ASSICURATA

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 10 "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 500 e verrà garantita all'Assicurato finché in vita.**

ART. 8- PREMIO

Il premio annuo, comprensivo di oneri fiscali, viene fissato in € _____ per ogni Assicurato.

Il premio per la prima annualità verrà determinato sulla base del numero effettivo degli Assicurati che gli Enti comunicheranno entro e non oltre il 28/02/2013.

ART. 9 - INCLUSIONI ED ESCLUSIONI**1) Nuove iscrizioni**

Le nuove inclusioni che si verificheranno in corso d'anno dovranno essere comunicate dal Contraente Enti, tramite il Broker, alla Società.

La garanzia per l'assicurato decorre dal giorno in cui si instaura il rapporto di lavoro tra l'Assicurato e l'Ente di appartenenza aderente a ASDEP.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste al numero 1 del presente articolo, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde al 100% del premio annuo per il primo semestre e al 50% del premio annuo per il secondo semestre.

2) Cessazione del rapporto di iscrizione

Per le persone che risultino assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con l'Ente aderente ad ASDEP, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con l'Ente stesso; allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale.

ART. 10 - DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato che, quale risultato di un peggioramento della funzionalità dell'organismo, dovuto a malattia o infortunio, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo

permanente – da avere bisogno dell'assistenza da parte di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 4 su 6 degli atti ordinari della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) di seguito indicate:

- 1) **andare in bagno**: la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;
- 2) **lavarsi**: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);
- 3) **mobilità**: la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;
- 4) **nutrirsi**: la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
- 5) **spostarsi**: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici;
- 6) **vestirsi, svestirsi**: la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'assicurato, per la parte superiore o inferiore del corpo.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza, indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità di svolgere almeno 4 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana di cui sopra, l'Assicurato che sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze senili invalidanti di origine organica).

La perdita delle capacità cognitive viene definita come peggioramento o perdita delle facoltà intellettuali da valutarsi attraverso dati clinici e test standard che misurano il danneggiamento presente nelle seguenti aree:

- memoria di breve e lungo periodo;
- orientamento verso persone e luoghi e verso il tempo (conoscenza della data o dell'ora corrente);
- ragionamento deduttivo e astratto (risoluzione di semplici problemi, capacità di prendere decisioni razionali).

L'Assicurato verrà considerato quale sofferente di perdita di capacità cognitive, se:

- esistono prove cliniche che la perdita di capacità cognitiva è dovuta a cause organiche;
- dalle risposte date dall'Assicurato a test standard risulta la perdita delle capacità cognitive; la valutazione delle risposte deve avvenire in conformità alle procedure e ai dati contenuti in pubblicazioni scientifiche;
- la capacità intellettuale dell'Assicurato è tale per cui, lo stesso necessita di essere sottoposto ad un continuo controllo o richiede una continua assistenza da parte di un'altra persona, al fine di proteggere l'Assicurato stesso o terzi soggetti con i quali questi venisse a contatto.

ART. 11 - RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DELLA SOCIETÀ'

Entro 60 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'art. 10 "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Assicurato, il tutore/curatore o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà contattare la Società e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro dovrà contenere un certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la data della sua sopravvenienza. Dovrà inoltre precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

In risposta, la Società invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente dell'assicurato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test Mini Mental State Examination di Folstein).

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. 10 "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto, potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. 10 "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata alla Società.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

La Società avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla Società quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione;
- il contratto non sia scaduto da oltre 4 mesi.

ART. 12 - CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da 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.

ART.13 FASE D'ISTRUTTORIA

Al fine del riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società così come previsto dall'articolo 10 "Definizione dello stato di non autosufficienza", questa si impegna a rispettare le seguenti procedure di gestione:

Tempistiche di gestione:

- 1) entro 1 mese dal ricevimento della denuncia da parte dell'Assicurato ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, la Società invia il questionario da compilare e richiedere ulteriore documentazione medica ove necessaria;
- 2) entro 1 mese dal ricevimento del questionario e della documentazione medica la Società, ove necessario, richiede ulteriore documentazione medica (ovvero richiede la documentazione mancante rispetto a quella richiesta al punto 1);
- 3) entro 1 mese dal ricevimento del questionario e della documentazione, ovvero della documentazione aggiuntiva a seconda dei casi, la Società, ove lo ritenga necessario, si impegna a comunicare all'Assicurato la propria disponibilità a far eseguire la visita domiciliare dal proprio fiduciario.
- 4) In ogni caso entro 1 mese dal ricevimento della questionario e della documentazione medica esaustiva ovvero dalla data di effettuazione della visita, nel caso in cui questa sia stata richiesta dalla Società, questa si impegna a dare riscontro all'assicurato:
 - riconoscimento dello stato di non autosufficienza (LTC);
 - mancato riconoscimento dello stato di non autosufficienza (LTC).

Nel caso l'assicurato risulti in LTC, avrà diritto alle prestazioni con effetto dal momento della denuncia del sinistro, ovvero dal momento si può certamente riconoscere che l'assicurato si trova in stato di non autosufficienza sulla base della documentazione prodotta.

Nei casi in cui l'assicurato non sia in LTC, la Società comunicherà l'esito dell'istruttoria specificandone i motivi ed indicando la rivedibilità.

Nei casi in cui l'assicurato non sia in LTC, la Società si rende disponibile a riesaminare il caso dopo tre mesi.

- 5) In ogni caso, entro 2 mesi dalla richiesta di cui ai punti 1,2 e 3 che precedono, qualora non sia stato fornito alcun riscontro da parte dell'Assicurato, la Società si impegna a inviare all'Assicurato stesso una comunicazione con la quale ripropone la propria richiesta.

Trascorso un mese da detta comunicazione, qualora anche questa sia rimasta senza riscontro, la Società provvederà a chiudere il sinistro senza seguito; rimane in ogni caso ferma la possibilità per l'Assicurato di riaprire il sinistro integrando la richiesta della Società.

Nel caso di lungodegenza la Società si impegna, ferme le tempistiche di gestione di cui sopra, a disporre la visita ed a fornire riscontro all'assicurato; in ogni caso, l'assicurato o i familiari o il tutore/curatore potranno presentare la cartella clinica o, in alternativa, una relazione medica redatta dalla struttura presso cui è ricoverato l'assicurato da cui si desuma la data d'ingresso ed i motivi che hanno reso necessario il ricovero oltre che le condizioni stesse dell'assicurato.

La Società si impegna a fornire all'atto della stipulazione del contratto l'elenco dei documenti necessari per l'erogazione delle prestazioni delle spese e un fascicolo informativo contenente una guida all'utilizzo del servizio di liquidazione sinistri.

ART.14 EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo 10 "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti all'articolo 7 "Somma assicurata" - nelle forme di seguito indicate e descritte.

NOTA BENE: UNITAMENTE ALLA RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE L'OFFERENTE DOVRÀ ESPLICITAMENTE INDICARE QUALE DELLE DUE OPZIONI/MODALITÀ INTENDERÀ ADOTTARE

OPZIONE 1 – RIMBORSUALE

Forma indiretta

In caso di richiesta di rimborso spese, la pratica – da trasmettere alla Società - dovrà contenere la documentazione necessaria, vale a dire: copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero; ovvero i certificati medici in caso di prestazioni extra-ricovero.

Dovrà, inoltre, allegare le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria e sociale (quali ad esempio: badante, infermiere, fisioterapista, onorari medici, accertamenti, cure e ricoveri riconducibili e correlati, allo stato di non autosufficienza dell'assicurato), o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in copia; la Società, peraltro, potrà all'occorrenza richiedere all'Assicurato la presentazione degli originali di spesa al fine di effettuare opportuni controlli. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

La Società per ciascun sinistro denunciato, al termine della propria gestione invia all'Assicurato una propria comunicazione nella quale sono indicate le modalità seguite per effettuare la liquidazione ed i motivi del mancato rimborso.

Qualora l'Assicurato abbia già richiesto il rimborso delle spese sostenute ad altro Ente assistenziale o Compagnia Assicuratrice, oltre alla documentazione indicata ai primi due commi del presente Articolo, dovrà anche presentare copia del documento comprovante il rimborso ottenuto dai predetti enti. In questo caso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti enti.

La Società provvede alla liquidazione di quanto dovuto all'assicurato entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa da parte della Società.

Nel caso di richieste di rimborso non complete la Società provvede immediatamente ad informare l'assicurato, comunque non oltre 30 giorni dal ricevimento della pratica, indicando la documentazione necessaria per il completamento dell'istruttoria della richiesta di rimborso.

La Società provvede alla liquidazione all'Assicurato tramite bonifico bancario oppure tramite assegno bancario.

Forma diretta

La Società potrà mettere a disposizione degli assicurati una rete di strutture convenzionate attraverso la quale gli assicurati potranno richiedere l'erogazione diretta delle prestazioni di assistenza (quali badante, infermiere, fisioterapista, accertamenti, cure e ricoveri riconducibili e strettamente correlati allo stato di non autosufficienza concordati tra assicurato/un suo rappresentante allo scopo delegato/medico di fiducia e la Società stessa).

Qualora l'Assicurato richieda l'erogazione diretta delle prestazioni di assistenza, avvalendosi quindi di una struttura sanitaria convenzionata con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese **per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza**, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate dalla Società.

OPZIONE 2 – RENDITA

La Società corrisponde all'Assicurato tramite bonifico bancario oppure tramite assegno bancario una rendita mensile anticipata.

ART. 15 – ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

Se dai suddetti accertamenti dovesse rilevarsi che non sussistono più i presupposti per l'erogazione della prestazione per perdita di autosufficienza, con effetto dalla data della propria richiesta, la Società previa comunicazione all'Assicurato, potrà cessare l'erogazione della prestazione. Rimane comunque fermo il diritto dell'Assicurato di riproporre successivamente domanda per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza dovuto a cause sopravvenute.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

Durante il periodo di erogazione delle prestazioni, se l'Assicurato esce dallo stato di non autosufficienza è tenuto a darne comunicazione alla Società entro un periodo di 30 giorni.

Inoltre, in caso di decesso dell'Assicurato, gli eredi di questo dovranno informare la Società dell'intervenuto decesso dell'Assicurato entro i 30 giorni successivi alla data del decesso stesso. Le eventuali prestazioni riconosciute all'Assicurato ma riferite a periodi successivi al decesso di questi dovranno essere restituite alla Società.

ART. 16- RISCHI ESCLUSI

Sono escluse dalla garanzia le conseguenze:

- a) di fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico;
- b) di alcolismo acuto o cronico;
- c) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- d) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- e) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a corse e incontri sportivi (e relative prove ed allenamenti) comunque relativi a qualsiasi sport svolto a livello professionistico.

ART. 17 – STATISTICHE SINISTRI

Fermo restando il rispetto della normativa relativa al trattamento dei dati personali (D.Lgs 675-96 ed eventuali successive modificazioni), la Società si impegna a fornire, con cadenza mensile, alla Contraente, tramite il Broker, l'elenco globale dei sinistri denunciati e gestiti, mediante un tracciato informatico - excel/csv - contenente i seguenti campi:

Campo	Formato	Descrizione
Numero sinistro	Alfanumerico	Identifica univocamente il sinistro nell'ambito del sistema.
Cognome	Testo	Cognome assicurato
Nome	Testo	Nome assicurato
Codice Fiscale	Alfanumerico	Codice fiscale assicurato
Data apertura	gg/mm/aaaa	Data di apertura del sinistro
Data chiusura	gg/mm/aaaa	Data di chiusura della pratica indipendentemente se con / senza seguito.
Numero polizza	Alfanumerico	Numero di polizza
Canale	Alfanumerico	il canale identifica la struttura che ha erogato la prestazione
Provincia canale	Carattere	Sigla della provincia della struttura che ha erogato la prestazione.
Garanzia	Alfanumerico	Identificazione della garanzia e sottogaranzia nell'ambito dello specifico sinistro
Prestazione	Alfanumerico	Identificazione della singola dettagliata prestazione erogata
Stato	Alfanumerico	identificazione dello stato sinistro (es. APERTO)
Causali Senza Seguito	Alfanumerico	Identificazione dettagliata della causale senza seguito
Età assicurato	Numerico	Età dell'assicurato
Sesso	Carattere	Sesso dell'assicurato: (M)aschio / (F)emmina.
Provincia Assicurato	Carattere	Sigla della provincia.
Importo richiesto	Decimale	Importo del rimborso richiesto nel caso di prestazione erogata fuori rete, oppure importo della diaria.
Importo liquidato	Decimale	Importo rimborsato all'assicurato / pagato alla struttura convenzionata.
Importo riservato	Decimale	Importo riservato per lo specifico sinistro.

SEZIONE III
COPERTURA ASSICURATIVA PER IL RIMBORSO
DELLE SPESE MEDICHE E SANITARIE

DEFINIZIONI**Assicurato**

I dipendenti di INPS, INAIL, INPDAP ed ACI, nonché degli altri Enti Pubblici aderenti ad ASDEP, ed i relativi nuclei familiari.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Assistenza Infermieristica

L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma.

Contraente

Associazione "Assistenza Sanitaria Dei Dipendenti Degli Enti Pubblici" (ASDEP)

Day Hospital

La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.

Difetto Fisico preesistente

alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, la cui evidenza antecedentemente alla stipulazione della polizza possa essere diagnosticata clinicamente (con visita medica) o strumentalmente (con accertamenti diagnostici di tipo strumentale).

Franchigia

Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assicurato.

Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.

Grande Intervento chirurgico

Sono considerati Grandi Interventi Chirurgici quelli di cui all'allegato A del presente contratto.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

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

Intervento chirurgico ambulatoriale

L'intervento di chirurgia effettuato senza degenza, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.

Istituto di cura

Ogni ospedale, clinica o 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

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia oncologica

Ogni 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.

Massimale

Somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso l'assicurato, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.

Nucleo familiare

I familiari dell'assicurato fiscalmente a carico.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero

La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.

Sinistro

L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Società

Impresa assicuratrice

SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale.

SEZIONE III

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1- OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie sostenute dagli assicurati in conseguenza d'infortunio, malattia e parto nei termini, nella misura e con le modalità, anche di erogazione diretta delle prestazioni, indicate nel presente contratto.

ART. 2 – ASSICURATI

L'assicurazione si intende valida a favore dei dipendenti di INPS, INAIL, INPDAP ed ACI ai quali si applica l'art. 46 del CCNL/1994-1997 e dei loro familiari fiscalmente a carico, purché i nominativi vengano segnalati dagli Enti Associati al momento dell'inclusione in polizza.

L'assicurazione è, altresì, valida per i dipendenti degli altri Enti Pubblici aderenti ad ASDEP ed i relativi nuclei familiari.

ART. 3 - DURATA E SCADENZA CONTRATTUALE

Il contratto ha durata di 48 mesi, dalle ore 24.00 del 31/12/2012 alle ore 24,00 del 31/12/2016.

L'assicurazione decorre dalle ore 24,00 del 31/12/2012 ancorché il premio venga corrisposto entro novanta giorni stante la particolare natura degli Enti aderenti alla Convenzione.

ART. 4 - DISDETTA CONTRATTUALE

Per quanto concerne l'eventuale disdetta a partire dalle ore 24,00 del 31/12/2014 vale quanto previsto all'Art.1 delle Condizioni Generali di Convenzione.

ART. 5 – VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE.

L'assicurazione vale per le persone di cui all'Art. 2 comunicate alla Società.

Le inclusioni di nuovi assicurati e dei relativi nuclei familiari che si verificheranno nel corso del periodo assicurativo, dovranno essere comunicate alla Società, tramite il Broker, dagli Enti ovvero dalla Contraente.

In caso di inclusione di familiari a seguito di variazione del carico fiscale, l'assicurazione si intende estesa dalla data di comunicazione della variazione/estensione da parte dell'assicurato all'Ente di appartenenza.

In caso di nascita di figli, invece, l'assicurazione si intende automaticamente estesa dalla data di nascita del figlio a condizione, peraltro, che la comunicazione da parte dell'assicurato all'Ente di appartenenza venga effettuata entro 180 giorni dalla nascita del figlio. In caso di superamento di tale termine l'assicurazione decorrerà dalla data di comunicazione da parte dell'assicurato all'Ente di appartenenza.

Le suddette variazioni dovranno essere comunicate alla Società tramite il Broker, dagli Enti ovvero dalla Contraente ogni due mesi.

Per le persone che risultino assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con l'Ente Aderente ad ASDEP, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con l'Ente stesso; allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale.

La perdita dello status di familiare fiscalmente nel corso del periodo assicurativo a carico comporta l'esclusione dalla copertura assicurativa con effetto dalla prima scadenza annuale.

ART. 6 – LIMITI DI ETÀ/PERMANENZA IN ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni. Per quelle che superano tale limite di età l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del premio salvo che non sia nel frattempo intervenuto patto speciale.

ART. 7 – ANAGRAFICHE

L'elenco degli assicurati e dei relativi nuclei familiari, così come ogni variazione (inclusione ed esclusione) intervenuta nel periodo assicurativo dovranno essere comunicate tramite il Broker, dagli Enti ovvero dalla Contraente alla Società tramite le modalità tecniche che dovranno essere concordate tra gli stessi.

ART. 8 – 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 ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 4° anno di età.
- f) le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);
- g) le cure delle malattie mentali e dei 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;
- j) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quelli a scopo ricostruttivo resi necessari da infortunio, intervento demolitivo o malattia indennizzabili a termini di polizza indipendentemente dalla data di accadimento dell'infortunio o di esecuzione dell'intervento ovvero di insorgenza o diagnosi della malattia;
- k) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotetici e di implantologia, salvo le specifiche deroghe di cui all'Art. 10, V e VI.
- 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) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, croniciari o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.

ART. 9 – MALATTIE PREGRESSE, INFORTUNI AVVENUTI, MALATTIE CRONICHE E RECIDIVANTI.

Per tutti i dipendenti assicurati ed i componenti del relativo nucleo familiare fiscalmente a carico sono incluse nell'assicurazione le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte, ovvero gli infortuni avvenuti, anteriormente alla data di adesione, nonché la malattie coniche e recidivanti.

ART. 10 – PRESTAZIONI

La Società rimborsa le seguenti spese, sostenute nel periodo assicurativo dagli assicurati e dai rispettivi nuclei familiari, a seguito di malattia e/o infortunio.

I) AREA RICOVERO, massimale annuo € 350.000, raddoppiato in caso di ricovero per Grande Intervento Chirurgico di cui all'Allegato A.

a) Spese ospedaliere e chirurgiche

Le spese di cui alle lettere 1 e 2, vengono liquidate direttamente alle strutture convenzionate ed ai medici convenzionati con la Società, ad eccezione di una franchigia, differenziata a seconda della prestazione effettuata, che rimarrà a carico dell'assicurato e che questi dovrà direttamente versare alla struttura utilizzata. **Non è quindi previsto alcun rimborso delle spese sostenute dall'assicurato nel caso di mancato utilizzo di strutture convenzionate e di medici convenzionati con la Società**, salvo quanto previsto al terzo comma della presente lettera a).

Franchigie a carico dell'assicurato:

Ricoveri con intervento chirurgico: franchigia € 1.000

Ricoveri senza intervento chirurgico: franchigia € 500

Day-Hospital con o senza intervento chirurgico: franchigia € 500

Intervento chirurgico ambulatoriale: nessuna franchigia

Rimane in ogni caso fermo il diritto dell'assicurato di utilizzare una struttura convenzionata con la Società e medici non convenzionati con la stessa. In questo caso, **la Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le spese di competenza della struttura**, ad eccezione della franchigia di cui sopra, **rimanendo invece a totale carico dell'assicurato le spese relative agli onorari medici ovvero ogni altra spesa inerente prestazioni utilizzate/effettuate al di fuori del convenzionamento per il tramite della Società.**

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., le spese per il trattamento alberghiero e per ticket sanitari, verranno rimborsati integralmente dalla Società, nel limite del massimale assicurato, senza applicazione di franchigie e in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva.

E', peraltro, prevista la possibilità di effettuare le prestazioni in strutture non convenzionate, esclusivamente nel caso in cui l'assicurato sia domiciliato in una Provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, ovvero nel caso in cui in tali strutture non siano presenti reparti e medici specializzati alla cura, o all'esecuzione dell'intervento, per la patologia/infortunio per i quali si rende necessario il ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale.

In questo caso le prestazioni vengono rimborsate nel limite massimo di € 30.000,00, raddoppiato in caso di Grande Intervento Chirurgico di cui all'Allegato A, per evento e previa applicazione delle seguenti franchigie:

Ricoveri con intervento chirurgico: franchigia € 1.000
Ricoveri senza intervento chirurgico: franchigia € 500
Day-Hospital con o senza intervento chirurgico: franchigia € 500
Intervento chirurgico ambulatoriale: franchigia € 300.

In caso **di parto cesareo**, effettuato sia in struttura convenzionata sia non convenzionata, il limite massimo di rimborso sarà pari ad € 6.000 per evento e verrà calcolato senza applicazione di alcuna franchigia; le prestazioni si intendono prestate anche per il neonato fermo restando il massimale unico di € 6.000.

La Società rimborsa le spese sostenute:

1) in caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day-Hospital o ambulatorio medico per:

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- 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 medico per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza, con il limite giornaliero di € 400, aumentato ad € 800 per le degenze nei reparti di terapia intensiva e sub-intensiva. Tali limiti si applicano solo in caso di prestazioni non effettuate in regime di convenzionamento.
- 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.

2) in caso di ricovero in istituto di cura o in regime di Day-Hospital che non comporti intervento chirurgico per:

- 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;
- rette di degenza, con il limite giornaliero di € 400, aumentato ad € 800 per le degenze nei reparti di terapia intensiva e sub-intensiva. Tali limiti si applicano solo in caso di prestazioni non effettuate in regime di convenzionamento.

b) Prestazioni mediche e sanitarie pre e post ricovero/Day-Hospital/Intervento ambulatoriale.

In aggiunta a quanto previsto alla lettera a), la Società, rimborsa le spese sostenute per:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 60 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero/day-hospital in istituto di cura e ad essi correlati;
- 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 90 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero e ad essi correlati.

Il rimborso delle spese di cui alla lettera b) avverrà previa applicazione di uno scoperto del 20%, ad eccezione dei ticket sanitari che verranno interamente rimborsati dalla Società.

Nel caso di ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale effettuato in strutture non convenzionate il rimborso delle spese per accertamenti pre e post ricovero verrà effettuato nell'ambito del sottomassimale complessivo di € 30.000 di cui alla lettera a) (raddoppiato in caso di Grande Intervento Chirurgico di cui all'Allegato A).

c) Parto non cesareo

In caso di parto non cesareo la Società rimborsa, nel limite massimo di € 3.000 per evento, senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto, le spese sostenute per:

- rette di degenza, onorari medici, assistenza infermieristica, cure, medicinali, esami e accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero anche per il neonato.

Tale prestazione non potrà essere effettuata attivando il servizio di convenzionamento diretto, pertanto, l'assicurato dovrà provvedere a saldare direttamente le spese sostenute e successivamente a presentare la richiesta di rimborso alla Società.

La suddetta garanzia opera anche in caso di parto domiciliare per le spese sopra indicate sostenute nel giorno del parto e nei primi 5 giorni successivi.

d) Altre spese

In aggiunta a quanto previsto alle lettere a) e b) la Società rimborsa le spese sostenute per:

- 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 € 50 e con un massimo di giorni 30 per annualità assicurativa;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, con mezzi idonei al trasporto del malato, ovvero mezzi adeguatamente attrezzati date le condizioni del malato stesso (oltre all'ambulanza, l'eliambulanza, le squadre di soccorso e l'unità coronaria mobile), con conseguente esclusione dei mezzi di proprietà e quelli utilizzati per il trasporto ordinario col massimo di € 1.550 per annualità assicurativa.

e) Indennità sostitutiva.

Qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero (totale o parziale) né per altra prestazione sanitaria ad esso connessa (ad eccezione degli accertamenti pre e post ricovero di cui sotto), la Società corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio, del parto o dell'aborto terapeutico.

L'indennità sarà pari ad € 30 e verrà erogata per ogni giorno di ricovero di ricovero in istituto di cura e previa applicazione di una franchigia di un giorno nel caso di ricovero senza intervento chirurgico (escluso il parto fisiologico). La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate come una unica giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e quella della dimissione.

Nel caso di day-hospital l'indennità corrisposta sarà diminuita del 50%.

L'indennità viene corrisposta fino ad un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa.

In caso di erogazione della indennità di cui sopra le eventuali spese per prestazioni mediche e sanitarie collegate al ricovero/Day-Hospital così come previste dalla lettera b) saranno oggetto di rimborso da parte della Società a termini di contratto.

II) AREA EXTRARICOVERO – ALTA DIAGNOSTICA

La Società rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione, anche se non collegate a ricovero, fino a concorrenza della somma di € 350.000 per annualità assicurativa.

Il rimborso delle spese viene effettuato previa applicazione di uno scoperto del 30%; lo scoperto non si applica nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le prestazioni.

In caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società, questa provvederà al pagamento diretto delle spese relative alla prestazione effettuata, salvo la franchigia di € 25 che dovrà essere pagata direttamente dall'assicurato alla struttura sanitaria.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della certificazione medica indicante la diagnosi/quesito diagnostico relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica

Elenco prestazioni:

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| ○ ANGIOGRAFIA | ○ ELETTROENCEFALOGRAFIA |
| ○ ANGIOGRAFIA DIGITALE | ○ GALATTOGRAFIA |
| ○ ARTROGRAFIA | ○ GASTROSCOPIA |
| ○ BRONCOGRAFIA | ○ HOLTER |
| ○ CHEMIOTERAPIA | ○ LASERTERAPIA |
| ○ CISTERNOGRAFIA | ○ LINFOGRAFIA |
| ○ CISTOGRAFIA | ○ MIELOGRAFIA |
| ○ CISTOSCOPIA | ○ MOC |
| ○ CISTOURETROGRAFIA | ○ PET |
| ○ CLISMA OPACO | ○ RADIOTERAPIA |
| ○ COBALTOTERAPIA | ○ RETINOGRAFIA |
| ○ COLANGIOGRAFIA | ○ RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE |
| ○ COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA | ○ RX ESOFAGO |
| ○ COLECISTOGRAFIA | ○ RX TUBO DIGERENTE |
| ○ CORONAROGRAFIA | ○ SCINTIGRAFIA |
| ○ DOPPLER | ○ TAC |
| ○ ECOCARDIOGRAMMA | ○ TELECUORE |
| ○ ECOCOLORDOPPLER | ○ TERAPIE RADIANTI |
| ○ ECODOPPLER | ○ UROFLUSSOMETRIA |
| ○ ELETTROCARDIOGRAFIA | ○ UROGRAFIA |

III) AREA EXTRARICOVERO – ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE

La Società rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche, anche se non collegate a ricovero, effettuate presso una delle strutture convenzionate con la Società fino a concorrenza della somma di € 1.200 per annualità assicurativa.

In caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società, questa provvederà al pagamento diretto delle spese relative alla prestazione effettuata, salvo la franchigia di € 25 che dovrà essere pagata direttamente dall'assicurato alla struttura sanitaria.

Inoltre, nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le prestazioni la Società provvederà al rimborso della spesa sostenuta senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della certificazione medica indicante la diagnosi/quesito diagnostico relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica. Nel caso della mammografia, sarà sufficiente la presentazione della prescrizione medica anche senza indicazione della diagnosi o del quesito diagnostico.

Elenco prestazioni:

- | | |
|---|----------------------------|
| ○ ALCOLIZZAZIONE | ○ ESOFAGOSCOPIA |
| ○ AMNIOCENTESI e VILLOCENTESI (oltre il 35°
anno di età o se prescritta a seguito di sospetta
malformazione del feto) | ○ MAMMOGRAFIA |
| ○ ARTERIOGRAFIA DIGITALE | ○ PANCOLONSCOPIA |
| ○ BRONCOSCOPIA | ○ RADIONEFROGRAMMA |
| ○ COLONSCOPIA | ○ RECTOSIGMOIDOCOLONSCOPIA |
| ○ DUODENOSCOPIA | ○ RETTOSCOPIA |
| ○ ECOGRAFIA | ○ VESCICULODEFERENTOGRAFIA |
| | ○ WIRSUNGRAFIA |

IV) CURE PROLUNGATE POST DIAGNOSI

In caso di diagnosi di uno dei seguenti gravi stati patologici:

- malattia oncologica maligna;
- insufficienza renale;
- ictus cerebrale;

la Società rimborsa le spese sostenute **entro 1 anno** dalla prima diagnosi, per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie fino a concorrenza della somma di **€ 1.500,00** per evento.

V) PROTESI DENTARIE ED INTERVENTI DI IMPLANTOLOGIA DA INFORTUNIO

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di **€ 3.000,00** per nucleo familiare e per anno assicurativo le spese sostenute e documentate per la fornitura di protesi dentarie ed interventi di implantologia resi necessari da infortunio, certificato da referto del pronto soccorso, con il limite di **€ 600,00** per ogni elemento di protesi dentaria.

VI) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa all'assicurato, fino a concorrenza di **€ 2.000,00** per nucleo familiare e per anno assicurativo, le spese sostenute e documentate per le cure dentarie rese necessario da infortunio, certificato da referto di pronto soccorso

ART. 11 – SOMME ASSICURATE/SCOPERTO E FRANCHIGIA

Il rimborso delle spese indennizzabili a termini di contratto avviene per ogni garanzia fino a concorrenza della relativa somma assicurata.

Tale somma deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa per nucleo familiare in base a quanto indicato in polizza.

Il rimborso delle spese avviene per ciascuna garanzia previa eventuale applicazione dello scoperto e della franchigia indicati.

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 effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato e indennizzabili a termini di contratto

Qualora l'Assicurato abbia già richiesto il rimborso delle spese sostenute ad altro Ente assistenziale o Compagnia Assicuratrice, oltre alla documentazione indicata ai primi due commi dell'Art. 13, dovrà anche presentare copia del documento comprovante il rimborso ottenuto dai predetti enti. In questo caso, il rimborso effettuato dai predetti, Ente Assistenziale o Assicuratore, verrà portato in deduzione dell'importo di scoperto/franchigia posto a carico dell'assicurato ed indicato alle specifiche garanzie della presente Sezione. Nel caso in cui il rimborso, ottenuto in primo luogo da altro Ente assistenziale o Compagnia Assicuratrice, sia pari o superiore all'importo dello scoperto/franchigia previsto dalle garanzie indicate nella presente Sezione, viene rimborsata integralmente la differenza tra il totale delle spese sostenute e l'importo rimborsato dall'Ente e Compagnia fino a concorrenza del massimale previsto.

Quanto previsto al comma che precede si applica anche nel caso in cui l'Assicurato abbia diritto alle prestazioni previste dalla presente Convenzione in qualità sia di caponucleo sia di componente del nucleo familiare (ad esempio: dipendente assicurato coniuge di altro dipendente assicurato) ovvero, quale componente del nucleo familiare facenti capo a due caponuclei distinti (ad esempio: familiare di due dipendenti entrambi assicurati).

ART. 12 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

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

- 1) presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia conforme della cartella clinica completa;
- 2) acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti.

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

ART. 13 – CRITERI DI LIQUIDAZIONE

La Società effettua il rimborso delle spese, a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione delle copie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate; la Società, peraltro, potrà all'occorrenza richiedere all'Assicurato la presentazione degli originali di spesa al fine di effettuare opportuni controlli.

In aggiunta a quanto sopra, ai fini del rimborso, l'assicurato dovrà trasmettere alla Società idonea documentazione medica che indichi la patologia, certa o presunta, ovvero l'infortunio cui si riferiscono le prestazioni sanitarie e le cure effettuate. In ogni caso, in caso di ricovero e di day-hospital, anche ai fini della corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, dovrà essere trasmessa copia conforme della cartella clinica.

La Società, per ciascun sinistro denunciato, al termine della propria gestione invia all'Assicurato una propria comunicazione nella quale sono indicate le modalità seguite per effettuare la liquidazione ovvero i motivi del mancato rimborso.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno 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.

ART. 14 – TEMPI E MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE

La Società provvede alla liquidazione di quanto dovuto all'assicurato entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa da parte della Società.

Nel caso di richieste di rimborso non complete la Società provvede immediatamente ad informare l'assicurato, comunque non oltre 30 giorni dal ricevimento della pratica, indicando la documentazione necessaria per il completamento dell'istruttoria della richiesta di rimborso.

La Società provvede alla liquidazione al caponucleo, anche nel caso in cui le prestazioni si riferiscano ai componenti del nucleo familiare, tramite bonifico bancario oppure, in mancanza di conto corrente, tramite assegno bancario.

La Società e la Contraente si impegnano a concordare e redigere, al momento della stipulazione del contratto, un protocollo di gestione sinistri nel quale verranno meglio disciplinate le procedure operative in applicazione della presente convenzione. Su tale presupposto, La Società si impegna a fornire un fascicolo informativo contenente una guida all'utilizzo del servizio di liquidazione sinistri e di utilizzo della rete di strutture convenzionate.

La Società, inoltre, metterà a disposizione del Contraente e dei Broker un accesso on line al proprio sistema informatico gestionale per la consultazione dei sinistri gestiti e delle liquidazioni.

ART. 15 – COMMISSIONE PARITETICA

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali, improntata al criterio di maggior favore nei confronti del Contraente/Assicurato, è demandata ad una apposita Commissione Paritetica Permanente composta da quattro membri designati due ASDEP e due dalla Società.

Alla stessa Commissione è affidato il compito di verificare il comportamento delle parti nell'esecuzione del contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti, di monitorare l'andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi. Potrà inoltre formulare suggerimenti riguardanti modifiche contrattuali atte a migliorarne la gestione.

ART. 16 – CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio 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 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 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 sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

ART. 17 – RETE CONVENZIONATA

La Società ha studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati nei quali gli Assicurati possono ricoverarsi con costi sostenuti direttamente dalla Società, ad eccezione delle franchigie di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa.

La rete convenzionata si compone di:

1. 200 strutture (case di cura, ospedali, istituti di cura a carattere scientifico) in Italia, abilitate in base ai requisiti di legge al ricovero con pernottamento;
2. 300 centri medici (poliambulatori, day hospital, centri diagnostici) in Italia, non abilitati al ricovero con pernottamento.

Per aver diritto al servizio di pagamento diretto per i ricoveri/Day-Hospital/Interventi ambulatoriali è necessario attivare la Centrale Operativa possibilmente entro 5 giorni lavorativi prima della data della prestazione, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e dell'equipe medica e di valutare la congruità assicurativa della prestazione. La Centrale Operativa si impegna a fornire all'Assicurato (telefonicamente o via sms), entro tre giorni lavorativi dall'attivazione, indicazioni circa la presa in carico della richiesta.

Rimane fermo che la Società si impegna a valutare tutte le richieste pervenute con un preavviso di almeno due giorni rispetto alla data prevista per l'effettuazione della prestazione, fatti salvi i casi di urgenza che la Società si impegna a valutare con la necessaria sollecitudine.

Per aver diritto al servizio di pagamento diretto per le prestazioni Extraricovero (Alta diagnostica e altre prestazioni diagnostiche) è necessario attivare la Centrale Operativa entro 2 giorni lavorativi prima della data della prestazione, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e di valutare la congruità assicurativa della prestazione. In questo caso, la Centrale Operativa si impegna ad avvisare all'Assicurato, entro il giorno lavorativo successivo a quello dell'attivazione, solo nel caso di negazione della prestazione. In assenza di avviso da parte della Centrale Operativa la prestazione si intenderà attivata.

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

ART. 18 – STATISTICHE SINISTRI

Fermo restando il rispetto della normativa relativa al trattamento dei dati personali (D.Lgs 675-96 ed eventuali successive modificazioni), la Società si impegna a fornire, con cadenza mensile, alla Contraente, tramite il Broker, l'elenco globale dei sinistri denunciati e gestiti, mediante un tracciato informatico - excel/csv - contenente i seguenti campi:

Campo	Formato	Descrizione
Numero sinistro	Alfanumerico	Identifica univocamente il sinistro nell'ambito del sistema.
Cognome	Testo	Cognome assicurato
Nome	Testo	Nome assicurato
Codice Fiscale	Alfanumerico	Codice fiscale assicurato
Data apertura	gg/mm/aaaa	Data di apertura del sinistro
Data chiusura	gg/mm/aaaa	Data di chiusura della pratica indipendentemente se con / senza seguito.
Numero polizza	Alfanumerico	Numero di polizza
Categoria	Alfanumerico	La categoria di appartenenza degli assicurati
legame familiare	alfanumerico	il legame del soggetto che richiede la prestazione
Canale	Alfanumerico	il canale identifica la struttura che ha erogato la prestazione
Provincia canale	Carattere	Sigla della provincia della struttura che ha erogato la prestazione.
Garanzia	Alfanumerico	Identificazione della garanzia e <u>sottogaranzia</u> nell'ambito dello specifico sinistro
Prestazione	Alfanumerico	Identificazione della singola dettagliata prestazione erogata
Stato	Alfanumerico	identificazione dello stato sinistro (es. APERTO)
Causali Senza Seguito	Alfanumerico	Identificazione dettagliata della causale senza seguito
Età assicurato	Numerico	Età dell'assicurato
Sesso	Carattere	Sesso dell'assicurato: (M)aschio / (F)emmina.
Provincia Assicurato	Carattere	Sigla della provincia.
Importo richiesto	Decimale	Importo del rimborso richiesto nel caso di prestazione erogata fuori rete, oppure importo della diaria.
Importo liquidato	Decimale	Importo rimborsato all'assicurato / pagato alla struttura convenzionata.
Importo riservato	Decimale	Importo riservato per lo specifico sinistro.
Importo franchigia	Decimale	Importo della franchigia

ART. 19 – PREMIO

Il premio annuo, comprensivo di imposta, per ogni nucleo familiare fiscalmente a carico è stabilito in € **xxx**.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo, i premi da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde al 100% del premio annuo per il primo semestre e al 50% del premio annuo per il secondo semestre.

Allegato A/Grandi Interventi Chirurgici

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Interventi con esofagoplastica
- Gastroectomia totale
- Gastroectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica
- Colectomia totale
- Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
- Operazione per megacolon
- Proctocolectomia totale
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla di Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Tumori della trachea
- Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati
 - * Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
 - * Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
 - * Correzione impianto anomalo coronarie
 - * Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
 - * Correzione canale atrioventricolare completo
 - * Finestra aorto-polmonare
 - * Correzione di:
 - ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita
 - truncus arteriosus
 - coartazioni aortiche di tipo fetale
 - coartazioni aortiche multiple o molto estese
 - stenosi aortiche infundibulari
 - stenosi aortiche sopravalvolari
 - trilogia di Fallot
 - tetralogia di Fallot
 - atresia della tricuspide
 - pervietà interventricolare ipertesa

- pervietà interventricolare con “debanding”
- pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- * Sostituzioni valvolari multiple
- * By-pass aortocoronarici multipli
- * Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico
- * Aneurismi aorta toracica
- * Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
- * Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
- * Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- * Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici
- * Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- Asportazione tumori dell’orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)
- Interventi per traumi vertebro midollari con stabilizzazione chirurgica
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica
- Operazioni sull’aorta toracica e sulla aorta addominale
- Atresia dell’ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec; Tikhor-Limberg con salvataggio dell’arto
- Resezione artrodiafisarie dell’omero prossimale e sostituzione con protesi modulari “custommade”
- Emipelvectomy
- Emipelvectomy “interne” sec. Enneking con salvataggio dell’arto
- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d’anca
- Vertebrotonia
- Discoctomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia

- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Artrodesi per via anteriore
- Interventi per via posteriore con impianti
- Interventi per via anteriore senza e con impianti
- ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto)
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Ileo bladder
- Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileourethroanastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Intervento radicale per carcinoma ovarico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Trapianti

APPENDICE 1 ALLA SEZIONE III FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO

Si aggiunge nelle DEFINIZIONI:

Familiare non fiscalmente a carico

I familiari, intesi come coniuge, convivente more uxorio e figli fino a 30 anni, dei dipendenti di INPS, INAIL, INPDAP ed ACI nonché degli altri Enti Pubblici aderenti ad ASDEP, conviventi e risultanti dallo stato di famiglia non fiscalmente a carico.

All'ART. 2 – ASSICURATI, viene aggiunto il seguente comma:

E' altresì prevista la possibilità di estendere le coperture assicurative previste dalla presente Convenzione, previo versamento di un premio annuo aggiuntivo, anche ai familiari conviventi risultanti dallo stato di famiglia anche se non fiscalmente a carico.

Il mancato rinnovo ad ogni scadenza annuale della copertura assicurativa per il familiare fiscalmente non a carico, comporta l'impossibilità di poter richiedere nuovamente, per il medesimo familiare, l'estensione della copertura stessa; tale previsione non si applica qualora il familiare in questione sia rientrato a far parte del nucleo familiare fiscalmente a carico.

Nel caso di estensione della copertura per i familiari già assicurati nell'ambito della Convenzione ASDEP scaduta il 31.12.2012, la presente copertura opera, ad ogni effetto, in continuità con quella scaduta a condizione, peraltro, che non vi sia soluzione di continuità tra l'estensione alla Convenzione scaduta e la presente Convenzione. Ciò si intende valido anche per gli eventuali familiari assicurati nell'ambito della Convenzione ASDEP in forza di Certificati con scadenza diversa rispetto al 31.12.2012.

All'ART. 5 – VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE, il III comma viene così sostituito:

In caso di inclusione di familiari a seguito di variazione del carico fiscale, ovvero di estensione delle coperture assicurative ai familiari non fiscalmente a carico, l'assicurazione si intende estesa dalla data di comunicazione della variazione/estensione da parte dell'assicurato all'Ente di appartenenza.

All'ART. 5 – VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE, l'ultimo comma viene così sostituito:

La perdita dello status di familiare fiscalmente a carico nel corso del periodo assicurativo comporta l'esclusione dalla copertura assicurativa con effetto dalla prima scadenza annuale, con la possibilità dell'assicurato, ove ne ricorrano i presupposti, di richiedere l'estensione delle coperture per il proprio familiare non fiscalmente a carico per l'annualità assicurativa successiva.

All'ART. 8 – ESCLUSIONI, viene aggiunto il seguente comma:

Relativamente ai familiari non fiscalmente a carico per i quali sia stata richiesta l'estensione dell'assicurazione, questa non opera per le spese sostenute (che come tali sono escluse dal rimborso ovvero non potranno essere oggetto di pagamento diretto della Società alle strutture convenzionate) per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione, nonché per le conseguenze di infortuni sofferti prima dell'ingresso in copertura. Tale esclusione non opera solo per i familiari fiscalmente a carico dei dipendenti assicurati nel caso in cui non vi sia soluzione di continuità tra la copertura assicurativa quale componente del nucleo familiare fiscalmente a carico e l'estensione della copertura stessa quale familiare fiscalmente non a carico.

All'ART. 9 – MALATTIE PREGRESSE, INFORTUNI AVVENUTI, MALATTIE CRONICHE E RECIDIVANTI, viene aggiunto il seguente comma:

Per i familiari non fiscalmente a carico dei dipendenti assicurati la previsione di cui al primo comma del presente Articolo è operante solo nel caso in cui non vi sia soluzione di continuità tra la copertura assicurativa quale componente del nucleo familiare fiscalmente a carico e l'estensione della copertura stessa quale familiare fiscalmente non a carico.

ALL'ART 18 – PREMIO, viene aggiunto il seguente comma:

In caso di estensione della copertura ai familiari conviventi risultanti dallo stato di famiglia non fiscalmente a carico è previsto un premio aggiuntivo (comprensivo di imposta) rispetto a quello previsto per il nucleo fiscalmente a carico. Il premio, differenziato a seconda della tipologia dell'assicurato caponucleo, per ogni familiare per il quale viene richiesta l'estensione è stabilito in:

.....

APPENDICE 2 ALLA SEZIONE III FUTURI PENSIONATI

All'ART. 2 – ASSICURATI, viene aggiunto il seguente comma:

E', inoltre, prevista la possibilità per i dipendenti, con onere a proprio carico e previo versamento dello specifico importo, degli Enti aderenti ad ASDEP che andranno in pensione successivamente al 31/12/2012, di mantenere la copertura assicurativa prevista dal presente contratto per i dipendenti attivi a condizione che la copertura assicurativa prosegua senza soluzione di continuità da dipendente attivo a pensionato. Il mancato rinnovo ad ogni scadenza annuale della copertura assicurativa da pensionato, comporta l'impossibilità di poter richiedere, per il futuro, una nuova attivazione della copertura stessa.

ALL'ART 18 – PREMIO, viene aggiunto il seguente comma:

Per quanto concerne i pensionati successivi al 31/12/2012 il premio annuo, comprensivo di imposta, per ogni nucleo familiare fiscalmente a carico è stabilito in, fermo restando l'importo aggiuntivo nel caso di estensione della copertura assicurativa ai familiari conviventi risultanti dallo stato di famiglia non fiscalmente a carico.

APPENDICE 3 ALLA SEZIONE III PENSIONATI POST 31.12.2010 IN CONTINUITA' DI COPERTURA DA DIPENDENTE ATTIVO

All'ART. 2 – ASSICURATI, viene aggiunto il seguente comma:

E', inoltre, prevista la possibilità, con onere a proprio carico e previo versamento dello specifico importo, dei dipendenti degli Enti aderenti ad ASDEP andati in pensione dopo il 31/12/2010 e che abbiano mantenuto l'adesione ad ASDEP in continuità da dipendente attivo a pensionato, di mantenere la copertura assicurativa prevista dal presente contratto per i dipendenti attivi, a condizione che la copertura assicurativa prosegua senza soluzione di continuità. Il mancato rinnovo ad ogni scadenza annuale della copertura assicurativa da pensionato, comporta l'impossibilità di poter richiedere, per il futuro, una nuova attivazione della copertura stessa.

Per tali assicurati, le presente copertura opera ad ogni effetto in continuità con quella prevista dalla Convenzione ASDEP scaduta il 31.12.2012.

ALL'ART 18 – PREMIO, viene aggiunto il seguente comma:

Per quanto concerne i pensionati successivi al 31.12.2010 il premio annuo, comprensivo di imposta, per ogni nucleo familiare fiscalmente a carico è stabilito in, fermo restando l'importo aggiuntivo nel caso di estensione della copertura assicurativa ai familiari conviventi risultanti dallo stato di famiglia non fiscalmente a carico.

APPENDICE 4 ALLA SEZIONE III PENSIONATI ANTE 2010

All'ART. 2 – ASSICURATI, viene aggiunto il seguente comma:

E', inoltre, prevista la possibilità, con onere a proprio carico, dei dipendenti degli Enti aderenti ad ASDEP andati in pensione prima del 31/12/2010 già aderenti alla Convenzione ASDEP scaduta il 31.12.2012 di mantenere la copertura assicurativa prevista dal presente contratto, a condizione che la copertura assicurativa prosegua senza soluzione di continuità. Ciò si intende valido anche per gli assicurati nell'ambito della Convenzione ASDEP in forza di Certificati con scadenza diversa rispetto al 31.12.2012. Il mancato rinnovo ad ogni scadenza annuale della copertura assicurativa da pensionato, comporta l'impossibilità di poter richiedere, per il futuro, una nuova attivazione della copertura stessa.

Per tali assicurati, le presente copertura opera ad ogni effetto in continuità con quella prevista dalla Convenzione ASDEP scaduta il 31.12.2012, ovvero con i Certificati di riferimento.

All'ART. 8 – ESCLUSIONI, viene aggiunto il seguente comma:

Relativamente ai pensionati ante 2010 e relativi familiari (fiscalmente a carico e non fiscalmente a carico per i quali sia stata richiesta l'estensione dell'assicurazione), l'assicurazione non opera per le spese sostenute (che come tali sono escluse dal rimborso ovvero non potranno essere oggetto di pagamento diretto della Società alle strutture convenzionate) per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione ad ASDEP e per le conseguenze di infortuni sofferti prima dell'ingresso in copertura.

All'ART. 9 – MALATTIE PREGRESSE, INFORTUNI AVVENUTI, MALATTIE CRONICHE E RECIDIVANTI, viene aggiunto il seguente comma:

Per i pensionati ante 2010 e relativi familiari (fiscalmente a carico e non fiscalmente a carico per i quali sia stata richiesta l'estensione dell'assicurazione), la previsione di cui al primo comma del presente Articolo è operante a far data dalla data di prima adesione ad ASDEP.

ALL'ART 18 – PREMIO, viene aggiunto il seguente comma:

Per quanto concerne i pensionati ante 31.12.2010 il premio annuo, comprensivo di imposta, per ogni nucleo familiare fiscalmente a carico è stabilito in:

..... per gli assicurati fino a 70 anni

..... per gli assicurati oltre i 70 anni

fermo restando l'importo aggiuntivo nel caso di estensione della copertura assicurativa ai familiari conviventi risultanti dallo stato di famiglia non fiscalmente a carico.

APPENDICE 5 ALLA SEZIONE III ALTRE CATEGORIE

AII' ART. 2 – ASSICURATI, viene aggiunto il seguente comma:

E', inoltre, prevista la possibilità, con onere a proprio carico, di aderire alla copertura assicurativa prevista dal presente contratto a:

- 1) Componenti degli organi Statutari degli Enti aderenti ad ASDEP ed ai membri direttivi dei medesimi Enti;
- 2) Co.Co.Co./Co.Co.Pro. degli Enti aderenti ad ASDEP;
- 3) I dipendenti degli Enti aderenti ad ASDEP ai quali non si applica l'art. 46 del CCNL/1994-1997;
- 4) dirigenti degli Enti Aderenti ad ASDEP, non già iscritti in forma collettiva dal proprio Ente.

Il mancato rinnovo ad ogni scadenza annuale della copertura assicurativa da pensionato, comporta l'impossibilità di poter richiedere, per il futuro, una nuova attivazione della copertura stessa.

Per gli assicurati di cui alle categorie di cui ai punti 1,2, 3 e 4 che già risultino essere stati assicurati al 31.12.2012 alla Convenzione ASDEP scaduta il 31.12.2012 la presente copertura opera, ad ogni effetto in continuità con quella scaduta a condizione, peraltro, che non vi sia soluzione di continuità tra l'estensione alla Convenzione scaduta e la presente Convenzione. Ciò si intende valido anche per gli eventuali assicurati nell'ambito della Convenzione ASDEP in forza di Certificati con scadenza diversa rispetto al 31.12.2012.

AII' ART. 8 – ESCLUSIONI, viene aggiunto il seguente comma:

Relativamente alle categorie di cui ai punti 1,2, 3 e 4 di cui all'Art. 2 e relativi familiari (fiscalmente a carico e non fiscalmente a carico per i quali sia stata richiesta l'estensione dell'assicurazione), l'assicurazione non opera per le spese sostenute (che come tali sono escluse dal rimborso ovvero non potranno essere oggetto di pagamento diretto della Società alle strutture convenzionate) per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione ad ASDEP e per le conseguenze di infortuni sofferti prima dell'ingresso in copertura.

AII' ART. 9 – MALATTIE PREGRESSE, INFORTUNI AVVENUTI, MALATTIE CRONICHE E RECIDIVANTI, viene aggiunto il seguente comma:

Per gli assicurati di cui alle categorie di cui ai punti 1,2, 3 e 4 di cui all'Art. 2 e relativi familiari (fiscalmente a carico e non fiscalmente a carico per i quali sia stata richiesta l'estensione dell'assicurazione), la previsione di cui al primo comma del presente Articolo è operante a far data dalla data di prima adesione ad ASDEP.

ALL' ART 18 – PREMIO, viene aggiunto il seguente comma:

Per quanto concerne gli assicurati di cui alle categorie di cui ai punti 1,2, 3 e 4 il premio annuo, comprensivo di imposta, per ogni nucleo familiare fiscalmente a carico è stabilito in

- per gli assicurati di cui alla categoria 1
- per gli assicurati di cui alla categoria 2
- per gli assicurati di cui alla categoria 3
- per gli assicurati di cui alla categoria 4

fermo restando l'importo aggiuntivo nel caso di estensione della copertura assicurativa ai familiari conviventi risultanti dallo stato di famiglia non fiscalmente a carico.