



POLIZZA DI ASSICURAZIONE

Zurich
Polizza Rimborso Spese
Mediche

Polizza: 950N4429
Contraente: AGENZIA PER
L'ITALIA DIGITALE

*Middle Market - Accident &
Health*

Polizza di Assicurazione Rimborso Spese Mediche



Zurich Insurance plc
Sede a Zurich House, Ballsbridge Park, Dublino 4, Irlanda
Registro del Commercio di Dublino n. 13460
Sottoposta alla vigilanza dell'Autorità Irlandese
Preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano
Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) il 3/1/08 al n. 1.00066
C.F./P.IVA/R.L. Milano 05389900968
Rappresentante Generale per l'Italia: C. Candia
Indirizzo PEC: Zurich.Insurance.Plc@pec.zurich.it



PA UNITA'	COMP. P	NUMERO POLIZZA 950N4429	SOST. POL. N. 157A1992	COP. PROVV.	RAMO 03	RISC. 44	COD. SBU 950	SBU/INTERMEDIARIO ASSICURATIVO Middle Market - Accident & Health//ASSIGECO SRL-VIA CRIVELLI 26 20122 MILANO MI	COD. INTERM. ARZ/
--------------	------------	----------------------------	---------------------------	-------------	------------	-------------	-----------------	---	----------------------

CHI ASSICURIAMO

ASSICURATO AGENZIA PER L'ITALIA DIGITALE	RISCHI COMUNI	CODICE FISCALE/P.IVA 97735020584
VIA, NUMERO CIVICO Viale Lisszt, 21	C.A.P. 00144 LOCALITA' Roma	DOCUMENTO EMESSO IL 13 01 2015

DECORRENZA E DURATA DEL DOCUMENTO - MODO DI PAGAMENTO DEL PREMIO

DALLE ORE 24 DEL 15 02 2015	ALLE ORE 24 DEL 15 02 2016	DURATA 01 00 000 <small>Anni Mesi Giorni</small>	DISDETTA Mesi	RATEAZIONE Unica <small>Annuale/Semestrale, Etc</small>	SCADENZA RATE IL Di ogni anno
------------------------------------	-----------------------------------	--	------------------	---	----------------------------------

PREMIO DA PAGARE (EUR) - NOSTRA QUOTA (al netto dell'eventuale rimborso)

	PREMIO NETTO	ACCESSORI	IMPONIBILE	IMPOSTE	TOTALE EUR	TOTALE
Premio sino al 15/02/2016			57.560,98	1.439,02	59.000,00	
Rate Successive						

PREMIO DA PAGARE (EUR) - AL 100%

	PREMIO NETTO	ACCESSORI	IMPONIBILE	IMPOSTE	TOTALE EUR	TOTALE
Premio sino al						
Rate Successive						

COASSICURAZIONE E DELEGA

L'assicurazione è ripartita per quote fra le Compagnie indicate in riparto, e ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale. Le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta del contratto devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Compagnia all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria.

Per tutte le altre comunicazioni inerenti il contratto esse potranno essere eseguite tramite l'Intermediario assicurativo, cui l'Assicurato ha conferito il mandato, ma esse esplicheranno effetto solo e dal momento in cui la Compagnia Delegataria, venute a conoscenza, vi aderirà espressamente confermandone l'efficacia contrattuale. Ogni modificazione dell'assicurazione che comporti variazione scritta del contratto sarà considerata operante a condizione che l'intermediario assicurativo abbia ottenuto il consenso da ciascuna della Compagnie Coassicuratrici.

L'impegno di tutte le Compagnie Coassicuratrici risulta dal documento contrattuale firmato da ciascuna di esse oppure dall' "Estratto Unico" firmato dalla Compagnia Delegataria a nome e per conto delle Coassicuratrici stesse. Il Contraente o la Società di Intermediazione sua mandataria provvederà al versamento pro quota dei premi o degli importi comunque dovuti in dipendenza del contratto ad ogni singola Coassicuratrice contro rilascio delle relative quietanze, restando esplicitamente esclusa ogni e qualsiasi responsabilità solidale tra le Compagnie del riparto.

RIPARTO

N.	COMPAGNIA	COD.	QUOTA %	N.	COMPAGNIA	COD.	QUOTA %
1	Zurich Insurance plc	864	100,00	7			
2				8			
3				9			
4				10			
5				11			
6				12			

CODICI STATISTICI

V.L.P. POL. N.	FAC. GROUP	RISK NAME
----------------	------------	-----------

IL CONTRAENTE



Zurich Insurance plc
Rappresentanza Generale per l'Italia

PERFEZIONAMENTO

L'importo di Eur _____ a saldo del "premio sino al" è stato incassato oggi _____ L'ESATTORE _____
L'INCASSO E' STATO EFFETTUATO DA _____

REGISTRATO SUL FOGLIO CASSA N. _____ DEL _____ L'INTERMEDIARIO ASSICURATIVO _____

ESEMPLARE PER L'ASSICURATO

DEFINIZIONI

Assicuratore	Società o Compagnia di Assicurazione che assicura la copertura del rischio
Contraente	Soggetto che stipula l'assicurazione: Agenzia
Capitolato	Il presente documento
Assicurato	Soggetto a favore del quale viene fornita la copertura assicurativa
Annualità assicurativa	Periodo di tempo uguale a 12 mesi tra la data di inizio e la data di fine della copertura assicurativa
Premio annuo imponible	Somma, al netto delle sole imposte e tasse, annualmente dovuta da Agenzia a fronte della copertura dei rischi assicurati
Premio annuo finito	Somma, comprensiva delle imposte e tasse, annualmente dovuta dall'Ente alla Compagnia a fronte della copertura dei rischi assicurati
Imposte - tasse	Oneri fiscali di legge vigenti alla data e gravanti sul premio annuo imponible
Comunicazioni	Scambio formale di informazioni fra Agenzia e Compagnia effettuate per lettera raccomandata alla quale sono parificati fax, telegrammi, telex, posta elettronica
Istituto di cura	Struttura sanitaria, pubblica o privata, regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le residenze sanitarie assistenziali, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche
Istituto di cura convenzionato	Ogni Struttura sanitaria, come sopra definita, rientrante nel circuito dell'Assicuratore
Equipe operatoria	Gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento
Ricovero	La degenza comprendente pernottamento in Istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera
Day hospital	Ricovero in Istituto di Cura che non comporta pernottamento
Intervento chirurgico	La tecnica terapeutica mediante uso di strumenti chirurgici, nonché la diatermocoagulazione, la crioterapia e la laser terapia
Grande intervento chirurgico	Ogni intervento chirurgico identificato come tale nell'apposito elenco riportato nel contratto
Sinistro	Verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
Rischio	Possibilità di conseguenze dannose a seguito del verificarsi di un sinistro non prevedibile
Danno	Conseguenze di un sinistro
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili
Indennizzo o Risarcimento	Somma dovuta dalla Compagnia, a chi di diritto, a copertura del danno subito in caso di sinistro
Limite indennizzo	Somma massima risarcibile, per sinistro e/o per annualità assicurativa
Franchigia	Importo fisso da detrarsi dall'indennizzo per ciascun sinistro che l'Assicurato tiene a suo carico
Scoperto	Importo variabile da detrarsi dall'indennizzo per ciascun sinistro

Descrizione degli assicurati

Si intendono assicurati tutti i **dipendenti** del Contraente (assunti con contratto di lavoro a tempo indeterminato, determinato, nonché in posizione di distacco o comando da altre amministrazioni), che aderiscono alla presente copertura assicurativa, ivi compresi i componenti dei relativi nuclei familiari fiscalmente a carico degli stessi, nonché **pensionati** (di età non superiore a 75 anni) ed **ex dipendenti** dell'Agenzia e relativi nuclei familiari fiscalmente a carico e altri dipendenti di Istituti Statali, qualora ne facciano richiesta all'Assicuratore, a cura e spese degli stessi. Inoltre, sarà possibile mettere in copertura anche i **familiari non fiscalmente a carico**, a cura e spese dell'assicurato, dei soli dipendenti. Per i neoassunti, che aderiscono alla presente copertura assicurativa, la garanzia avrà effetto dal momento dell'assunzione.

Descrizione delle prestazioni assicurate

La copertura assicurativa deve prevedere il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato a seguito di malattie ed infortuni verificatesi nel corso dell'anno assicurativo qualunque ne sia il numero, e per ciascun Assicurato e relativo nucleo familiare assicurato:

A. In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico effettuato in Istituto di Cura o in ambulatorio e di parto cesareo o aborto terapeutico:

- Per gli esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche (compresi i relativi onorari medici), effettuati nei 100 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in Istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni e l'intervento stesso.
- Per gli onorari dell'equipe operatoria (chirurgo, aiuto, assistente, anestesista e di ogni altro soggetto chiamato a partecipare all'intervento chirurgico), per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento.
- Per assistenza medica ed infermieristica, per cure, anche omeopatiche, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, e per esami e accertamenti diagnostici post intervento riguardanti il periodo di ricovero.
- Per rette di degenza.
- Per materiali di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati per l'intervento.
- Per il trasporto dell'Assicurato presso gli Istituti di Cura per il ricovero, con un rimborso fino ad un massimo di € 2.600,00 per persona e per evento.
- Per spese rese necessarie dall'intervento o sostenute dopo la cessazione del ricovero per esami e visite specialistiche, per acquisto di medicinali, per prestazioni mediche ed infermieristiche.
- Per trattamenti fisioterapici e rieducativi e per cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuate nei 100 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero stesso, purché direttamente inerenti alla malattia o infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
- Per 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.
- Per vitto e pernottamento in Istituto di Cura, o in struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, di un accompagnatore dell'Assicurato con un rimborso massimo giornaliero pari a € 105,00 ed un massimo pari a € 3.150,00 per anno assicurativo (max 30 giorni).
- Per parto naturale avvenuto in Istituto di cura con un rimborso fino ad un massimo di € 2.600,00 ed a € 7.750,00 per parto cesareo.
- Per il trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o aereo di linea (esclusa auto privata), col massimo di € 2.000,00 per intervento o ricovero.
- Diaria sostitutiva – solo per i ricoveri registrati in una struttura pubblica o struttura accreditata con spese a totale carico del SSN – con un rimborso giornaliero pari a € 150,00 e per una durata pari alla degenza e comunque non superiore a 60 giorni per persona e per anno assicurativo.
- Diaria da convalescenza – solo a seguito di ricoveri registrati in una struttura pubblica o struttura accreditata con spese a totale carico del SSN – con un rimborso giornaliero pari a € 55,00 e per una durata non superiore alla degenza e comunque non superiore a 20 giorni.
- Diaria da gesso per frattura ossea con un rimborso giornaliero pari a € 55,00 e per una durata non superiore a 30 giorni per sinistro.

Massimale per le prestazioni di cui alla lettera A.

La garanzia dovrà essere prestata, fatti salvi i sottolimiti previsti per specifiche garanzie aggiuntive, per un importo fino ad un massimo di € 150.000,00 intendendosi tale somma quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per ciascun Assicurato e relativo nucleo familiare assicurato.

B. Per le seguenti prestazioni specialistiche extraospedaliere pertinenti all'evento denunciato :

- ARTOGRAFIA ED ARTOGRAFIA DIGITALE;
- ANGIOGRAFIA
- ARTERIOGRAFIA;
- UROGRAFIA;
- CISTOGRAFIA;
- ELETTROMIOGRAFIA;
- ISTEROSALPINGOGRAFIA;
- AGOPUNTURA (purché effettuata da un medico);
- BRONCSCOPIA;
- CHEMIOTERAPIA
- COBALTOTERAPIA
- CORONOGRAMMA
- DIALISI
- DOPPLER ED ECODOPLER;
- ECOGRAFIA;
- ELETTROCARDIOGRAFIA;
- ECOCARDIOGRAFIA;
- AMNIOCENTESI;
- ECG ANCHE SECONDO HOLTER;
- ENDOSCOPIA;
- LASERTERAPIA;
- LITOTRIPSIA PER CALCOLOSI RENALI E COLISTISTICA;
- ESAME URODINAMICO COMPLETO;
- MOC;
- COLONSCOPIA (compresa anestesia);
- PET CEREBRALE;
- RADIONEFROGRAMMA;
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE;
- SCINTIGRAFIA;
- TAC;
- TELECUORE.

Massimale per le prestazioni di cui alla lettera B.

La garanzia deve essere prestata fino ad un massimo di € 7.750,00 intendendosi tale somma quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per ciascun Assicurato e relativo nucleo familiare assicurato, con applicazione di uno scoperto del 20% e con il minimo non indennizzabile pari a € 40,00 per ogni sinistro. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, dovranno essere rimborsati integralmente i Ticket a carico dell'Assicurato, qualora gli importi siano superiori a € 15,00.

Condizioni particolari sempre operanti

1. DAY HOSPITAL

In caso di degenza resa necessaria da malattia o infortunio, in Istituto di Cura a regime esclusivamente diurno, dovranno essere rimborsate le spese per assistenza medica, infermieristica, trattamenti fisioterapeutici e rieducativi, nonché per i medicinali somministrati durante la degenza stessa. Il Day Hospital non comprende le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali eseguiti ai soli fini diagnostici. Per quanto riguarda gli interventi chirurgici in Day Hospital si applica una franchigia di 200 euro.

2. SPESE PER IL RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, avvenuto durante il ricovero per evento indennizzabile a termini di polizza, per un importo fino ad un massimo di € 2.600,00 intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per ciascun assicurato e relativo nucleo familiare assicurato.

3. SPESE AMBULATORIALI DI PRONTO SOCCORSO

In caso di cure ambulatoriali di pronto soccorso presso Istituto di Cura a seguito di infortunio che non comporti ricovero, dovranno essere rimborsate le spese sostenute per l'applicazione di apparecchi gessati, immobilizzazione di arti, nonché relativi accertamenti diagnostici, assistenza medica e medicinali, trasporto dell'Assicurato in ambulanza, fino ad un massimo di € 2.600,00 per ogni sinistro.

4. EVENTI NATURALI ALL'ESTERO

La garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalle predette cause che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

5. COPERTURA GRATUITA PER NEONATI

I neonati nel periodo di validità della polizza dovranno essere gratuitamente assicurati per identiche somme e garanzie previste per la madre al momento della loro nascita, con decorrenza da tale momento e sino alle ore 24 del 60° giorno successivo. Sono compresi anche i ricoveri per interventi relativi alla eliminazione o correzione di malformazioni congenite. La copertura assicurativa non vale per la prima visita pediatrica e per la cura dell'ittero emolitico.

Condizioni generali di assicurazione

1. EFFETTO DELLA COPERTURA **15.02.2015** **15.02.2016**

La copertura è operante dalle ore 24 del ~~31.12.2014~~ alle ore 24 del ~~31.12.2015~~

2. ESCLUSIONI

L'Assicurazione non è operante per :

- l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- gli infortuni conseguenti a delitti dolosi o atti temerari dell'Assicurato; resta operante l'assicurazione per gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
- gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad uso di allucinogeni, all'uso non terapeutico di stupefacenti o psicofarmaci;
- la cura dell'A.I.D.S.;
- l'aborto volontario non terapeutico;
- le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;
- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dal capitolo "Descrizione delle prestazioni assicurate";
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, guerre e terremoti (salvo quanto previsto alla voce "Condizioni particolari sempre operanti");

- l) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei e dalle partecipazioni a corse o gare motoristiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- m) il rimborso delle spese per telefono, televisione, servizio bar, ristorante simili;
- n) degenze necessarie per avere assistenza di terzi nell'effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, quando l'Assicurato non sia più autosufficiente e necessiti di misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- o) ricoveri allo scopo di effettuare check up clinici;
- p) le spese, in genere, non conseguenti ad una alterazione dello stato di salute.

3. TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- dal momento in cui ha effetto l'assicurazione per gli infortuni e le malattie;
- dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le patologie varicose e per il parto;
- qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante i medesimi assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:
 - dal giorno in cui aveva effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
 - dal giorno in cui aveva effetto la presente assicurazione, decorsi i termini di aspettativa, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Quanto precede vale anche in caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Inclusioni ed esclusioni

L'assicurazione vale per le persone indicate alla sezione "Descrizione degli assicurati".

Le aggiunte e le riduzioni che si verificheranno nel corso della annualità assicurativa dovranno essere comunicate dal Contraente all'Assicuratore a mezzo lettera raccomandata, alla quale sono parificati fax, telegrammi, telex e posta elettronica, e la garanzia avrà effetto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione delle stesse nei limiti stabiliti dai "TERMINI DI ASPETTATIVA."

Regolazione posticipata

Alla scadenza dell'annualità si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in via definitiva all'Assicuratore, nei seguenti termini:

- per inclusioni avvenute nel primo semestre dell'anno le stesse comporteranno la corresponsione dell'intero premio annuo;
- per inclusioni avvenute nel secondo semestre dell'anno le stesse comporteranno la corresponsione del 60% del premio annuo;
- per esclusioni avvenute nel primo semestre dell'anno, le stesse comporteranno il rimborso del 60% del premio pagato.

4. PERSONE NON ASSICURABILI – CESSAZIONE DELLE GARANZIE

La copertura non avrà effetto qualora al momento della stipulazione l'Assicurato risulti in una delle seguenti situazioni:

- a. affetto da alcoolismo, insulinodipendenza, tossicodipendenza, o sieropositività HIV, sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici;
- b. qualora sia colpito da tali affezioni e malattie durante la validità del contratto l'assicurazione cesserà alla scadenza annuale successiva alla data della diagnosi – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi venuti a scadenza che verranno restituiti al Contraente al netto delle imposte.

In caso di sinistro

1. DENUNCIA DELL'INFORTUNIO O DELLA MALATTIA – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Il Contraente o l'Assicurato devono presentare denuncia all'Assicuratore del sinistro dal momento che ne abbiano avuto la possibilità e comunque, per i casi di ricovero, entro 15 giorni dalla dimissione dall'Istituto di cura. La denuncia deve essere corredata dalla necessaria documentazione medica. L'Assicurato, i suoi familiari od i suoi aventi diritto devono consentire alla visita dei medici dell'Assicuratore ed a qualsiasi indagine od accertamento che questo ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica. Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

2. CONTROVERSIE

In caso di divergenze sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sulla natura e origine della malattia, le Parti conferiscono mandato, con scrittura privata, di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario dal Consiglio dell'Ordine dei medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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 la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolati per le Parti, le quali rinunciano, sin d'ora, a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiutasse di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

3. PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

L'Assicuratore effettua il pagamento di quanto dovuto direttamente all'Assicurato od ai suoi eredi a termini di polizza, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte, fatture e ricevute, debitamente quietanzate.

La documentazione medica da fornire all'Assicuratore, oltre che la descrizione dell'evento oggetto della denuncia di sinistro, deve comprendere l'indicazione della natura e del tipo delle cure prestate.

Tale documentazione deve essere relativa all'evento indicato e deve essere presentata a cura ultimata.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un Ente Assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, l'Assicuratore effettuerà il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente Assistenziale.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Condizioni particolari

1. PROTESI ORTOPEDICHE ED APPARECCHI ACUSTICI

La garanzia sarà estesa all'acquisto di protesi ortopediche ed apparecchi acustici per un importo fino ad un massimo di € 1.100,00 intendendosi tale somma quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per ciascun Assicurato e relativo nucleo familiare assicurato.

2. LENTI

La garanzia si intende estesa all'acquisto di lenti da vista (escluso montature) in seguito a modifica del visus, comprese le lenti a contatto (escluse le usa e getta), per un importo fino ad un massimo di € 250,00 intendendosi tale somma quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per ciascun Assicurato e relativo nucleo familiare, per l'acquisto di un solo paio di lenti.

3. CURE DOMICILIARI ED AMBULATORIALI, NON CONSEGUENTI A RICOVERO PURCHE' PERTINENTI ALL'EVENTO DENUNCIATO

La garanzia si intende estesa a :

- onorari medici per visite specialistiche, escluse odontoiatriche ed ortodontiche;
- visite pediatriche fino ad un massimo di 3 (tre) visite per nucleo e per anno. Le visite pediatriche sono rimborsate fino alla concorrenza di € 105,00 per ciascuna visita e con applicazione di una franchigia pari a € 25,00 per ciascuna visita;
- analisi ed esami diagnostici di laboratorio, compresa ortopantomica;
- cure fisioterapiche, limitatamente a quelle riabilitative post-infortunio, escluse quelle per malattia.

La garanzia di cui al presente titolo si intende prestata per un importo fino ad un massimo di € 2.600,00 intendendosi tale somma quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per ciascun Assicurato e relativo nucleo familiare assicurato, con applicazione di uno scoperto del 20% e con il minimo non indennizzabile pari a € 40,00 per ogni sinistro.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Contraente rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato qualora l'importo sia superiore a € 15,00.

4. MALATTIE PREGRESSE, CRONICHE E RECIDIVANTI

Sono comprese in garanzia le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza nonché le malattie croniche e recidivanti.

5. ANTICIPO DEPOSITO

Nel caso in cui l'Istituto di Cura richieda come deposito per un ricovero una somma superiore a € 5.000,00, l'Assicuratore anticiperà, all'Assicurato che ne faccia richiesta, entro il limite del 60% del massimale assicurato, la somma occorrente per tale deposito.

Tale anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sulla risarcibilità a termini di polizza delle spese di ricovero;
- sia presentata la certificazione dell'Istituto di cura che attesti la avvenuta richiesta del deposito ed il presunto ammontare delle spese sanitarie;
- l'Assicurato indichi la presunta data del ricovero che non può essere oltre il 30° giorno dalla data della richiesta di anticipo: trascorso tale periodo l'Assicuratore avrà diritto di richiedere la restituzione di detto anticipo in caso di verificato mancato ricovero;

L'Assicuratore avrà comunque diritto di richiedere la restituzione dell'anticipo in ogni caso, accertata la irrisarcibilità, a termini di polizza, delle spese di ricovero.

6. ESONERO PRESENTAZIONE QUESTIONARI ANAMNESTICI

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di presentazione del questionario anamnestico.

7. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

L'Assicuratore si obbliga, esclusivamente in caso di grande intervento chirurgico (vedi elenco allegato) ad elevare il massimale di cui al punto A del capitolo "Descrizione delle prestazioni assicurate" per un importo fino ad un **massimo di € 280.000,00**.

Assistenza diretta

1. CONVENZIONE IN ASSISTENZA

L'Assicuratore mette a disposizione dell'Assicurato un servizio di assistenza realizzato attraverso una specifica convenzione per ricoveri da effettuarsi in Istituti di Cura convenzionati e con equipe medica convenzionata.

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi contemporaneamente sia degli Istituti di Cura che dell'equipe medica convenzionati, assumendosi ogni responsabilità connessa a tale decisione, è sollevato (fatto salvo per l'eventuale importo previsto in polizza come franchigia a suo carico) da qualsiasi anticipo o pagamento diretto delle spese, descritte alla lettera A) del capitolo "Descrizione delle prestazioni assicurate", per prestazioni ricevute, sempreché indennizzabili a termini di polizza.

2. ASSISTENZA IN CASO DI SINISTRO

L'Assicuratore provvederà direttamente, a condizione che l'evento sia indennizzabile a termini di polizza ed entro il limite del massimale disponibile, al pagamento agli Istituti di Cura e all'equipe medica convenzionati delle fatture, distinte o notule intestate all'Assicurato, per le spese sopra specificate, al netto dell'eventuale importo previsto dal contratto stesso come franchigia a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato dovrà invece provvedere direttamente al pagamento delle spese per prestazioni ricevute non rientranti fra quelle di cui sopra e sarà tenuto a rimborsare all'Assicuratore le somme che questo dovesse richiedergli per pagamenti effettuati agli Istituti di Cura ed ai medici, allorché si dovesse accertare la non validità o l'inoperatività e/o inefficacia dell'assicurazione, nonché per pagamenti eccedenti il massimale disponibile o sui quali non sia stata applicata l'eventuale franchigia.

Per tutte le restanti spese sostenute al di fuori della presente convenzione e indennizzabili a termini di polizza l'Assicurato dovrà inoltrare la relativa documentazione direttamente all'Assicuratore, così come previsto dalla polizza.

Franchigia in caso di ricovero

Per quanto riguarda il punto A del capitolo "Descrizione delle prestazioni assicurate", si precisa:

- | | | | |
|----|--------------------------------|---|---|
| 1. | RICOVERO IN CONVENZIONE | = | Scoperto 12%, con un minimo di € 250,00 |
| 2. | RICOVERO FUORI CONVENZIONE | = | Scoperto 15%, con un minimo di € 1.400,00 |
| 3. | RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI | = | NESSUNA FRANCHIGIA |

La franchigia di cui ai punti 1 e 2, non si applica alle prestazioni aggiuntive nell'ambito del punto A) del capitolo "Descrizione delle prestazioni assicurate" per le quali siano previsti specifici sottolimiti di rimborso.

Pagamento del premio

Il termine utile per il pagamento del premio, relativo ai soli dipendenti in servizio e loro familiari, da parte del Contraente viene fissato entro 30 giorni dalla data di decorrenza della garanzia assicurativa.

Premio assicurativo

Il premio complessivo annuo è di seguito specificato:

- per ogni dipendente e nucleo familiare fiscalmente a carico € 1.000,00 (oneri inclusi);
- per ogni familiare non fiscalmente a carico dei soli dipendenti € 350,00 (oneri fiscali inclusi);
- per ogni pensionato ed ex dipendente € 1.100,00 (oneri fiscali inclusi).

Valutazione del rischio

Al fine di valutare al meglio il rischio della presente copertura assicurativa, nell'ultimo triennio il rapporto premio/sinistri è stato pari al 51,4100.

Allegato al Capitolato tecnico

ELENCO "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI"

Cranio e sistema nervoso centrale e periferico

- Anastomosi vasi intra-extracranici
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzioni di altre condizioni patologiche
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Cranioplastiche
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Derivazioni liquorali intracraniche p extracraniche
- Emisferectomia
- Endoarteriectomia o chirurgia dei vasi del collo
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi sull'ipofisi per via tran sfenoidale
- Laminectomia per tumori intra-durali extramidollari
- Laminectomia per tumori intra-midollari
- Malformazioni aneurismatiche (aneurismi saccolari, aneurismo artero-venosi)
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- Operazione per encefalo meningocele
- Psicochirurgia

- Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale
- Terapia chirurgica delle fistole artero-venose:
 - a) aggressione diretta;
 - b) legatura vaso-afferente intra-cranico;
 - c) legatura vaso-afferente extra-cranico
- Vagotomia per via toracica.

Faccia e bocca

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Demolizione dell'osso frontale
- Fratture dei mascellari superiori – trattamento chirurgico e ortopedico
- Fratture del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare. Trattamento chirurgico e ortopedico
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
- Interventi per neoplasie maligne della lingue e del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Plastica per paralisi del nervo facciale
- Resezione del mascellare superiore
- Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi

Collo

- Asportazione della ghiandola sottomascellare per infiammazioni croniche e neoplasie benigne e tumori maligni
- Interventi per asportazioni di tumori maligni del collo
- Svuotamento ganglionare latero cervicale bilaterale
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne

Esofago

- Collocazione di protesi endoesofagea per via toraco-laparotomica
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Interventi di varici esofagee
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico
- Operazione sull'esofago per stenosi benigne, per tumori, resezioni parziali base, alte e totali
- Resezione dell'esofago cervicale
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo

Torace

- Asportazione del timo
- Asportazione di tumori bronchiali per via endoscopica
- Decorticazione polmonare
- Interventi per fistole bronchiali cutanee
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi sul mediastino per tumori
- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interne e del cavo ascellare
- Pleuro pneumectomia
- Pneumectomia
- Pneumolisi a cielo aperto
- Pneumotomia per asportazioni di cisti da echinococco
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Toracoplastica parziale
- Toracoplastica totale
- Toracotomia esplorativa

Chirurgia Cardiaca

- Interventi a cuore aperto

- Interventi a cuore chiuso
- Pericardiectomia

Stomaco e duodeno

- Cardiomiectomia extramucosa
- Esofago – cardi plastica
- Gastrectomia totale o Gastrectomia totale per via toraco-laparotomica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Intervento per megaesofago
- Pilonoplastica + vagotomia
- Reintervento per mega-esofago
- Resezione gastrica
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche

Peritoneo e intestino

- Colectomia segmentaria
- Colectomia totale
- Enteroanastomosi
- Exeresi di tumori retroperitoneali
- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesioni di organi interni parenchimali
- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesioni dell'intestino – resezione intestinale
- Occlusione intestinale di varia natura – resezione intestinale
- Resezione del tenue
- Resezione ileo-cecale
- Resezione intestinale
- Sutura della lesione

Retto e ano

- Amputazione del retto per via addomino-perineale in più tempi
- Amputazione del retto per via addomino-perineale in un tempo
- Amputazione del retto per via addomino-perineale
- Amputazione del retto per via perianale o per via sacrale
- Operazione per mega colon
- Resezione anteriore del retto

Fegato e vie biliari

- Colectistectomia
- Drenaggio biliodigestivo intraepatico
- Epatico e coledocotomia
- Epatico – digiuno - duodenostomia
- Epatotomia semplice per cisti da echinocco
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto gastrostomia, colecisto enterostomia)
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari (colecisto gastrostomia, colecisto enterostomia)
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Resezione epatica

Pancreas e milza

- Anastomosi mesenterica-cava
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale
- Deconnessione azygos-portale
- Interventi demolitivi del pancreas:
 - a) totale o della testa;
 - b) della coda
- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas:
 - a) enucleazione delle cisti;
 - b) marsupializzazione;

c) cistovisceroanastomosi

- Interventi per fistole pancreatiche
- Splenectomia

Vasi

- Disostruzione by-pass aorta addominale
- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima
- Operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale
- Resezione arteriosa con plastica vasale

Ortopedia e traumatologia

- Artroprotesi di anca
- Artroprotesi di ginocchio
- Artroprotesi di gomito
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- Protesi di femore
- Protesi di ginocchio
- Protesi di polso
- Protesi di spalle e gomito
- Protesi di Thompson
- Vertebrotonia

Urologia

- Cistectomia totale
- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia
- Fistole vescico-vaginale
- Ileocisto plastica – colecisti plastica
- Intervento per estrofia della vescica
- Intervento per fistola vescico-intestinale
- Intervento per fistola vescico-rettale
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefrectomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)
- Nefroureterectomia totale (taglio allargato)
- Resezione renale con clampaggio vascolare
- Surrenalectomia
- Uretero-ileo-anastomosi (o colo-bilaterale o totale)

Apparato genitale

- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma)
- Cura chirurgica di fistola retto-vaginale
- Cura chirurgica di fistola ureterale
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale
- Eviscerazione pelvica
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
- Isterectomia per via vaginale
- Isterectomia totale con annessiectomia per via laparotomia
- Isterectomia totale per via laparotomia
- Metroplastica
- Orchiectomia allargata per tumore
- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
- Pannisterectomia radicale per via addominale
- Pannisterectomia radicale per via vaginale
- Vulvectomy allargata

- Vulvectomia totale

Oculistica

- Estrazione di corpo estraneo endobulare non calamitabile
- Iridocicloretazione
- Trabeculectomia.

Otorinolaringoiatria

- Anastomosi e trapianti nervosi
- Asportazione di tumori dell'orecchio medio
- Asportazione di tumori dell'orecchio medio e del temporale
- Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa
- Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- Chirurgia del sacco endolinfatico
- Chirurgia della sindrome di Meniere
- Chirurgia endoauricolare della vertigine
- Chirurgia translabyrinthica della vertigine
- Chirurgia della sordità otosclerotica
- Distruzione del labirinto
- Neurinoma dell'VIII paio
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Sezione del nervo cocleare
- Sezione del nervo vestibolare
- Timpanoplastica

Laringe

- Interventi per paralisi degli adduttori
- Laringectomia orizzontale sopraglottica
- Laringectomia parziale verticale
- Laringectomia ricostruttiva
- Laringectomia totale
- Laringefaringectomia
- Tumori maligni di altre sedi (tonsille, etc.)
- Tumori maligni di altre sedi (tonsille, etc.) con svuotamento latero-cervicale
- Tumori parafaringei

Trapianti

- Trapianto organi degli apparati:
 - a) circolatorio;
 - b) digerente;
 - c) respiratorio;
 - d) urinario
- Trapianto cornea
- Trapianti ossei

CALCOLO DEL PREMIO

Nuclei assicurati : 59
Premio lordo per nucleo : Euro 1.000
Premio alla firma : 59 x 1.000 = Euro 59.000

IL CONTRAENTE



Zurich Insurance plc
Rappresentanza Generale per l'Italia