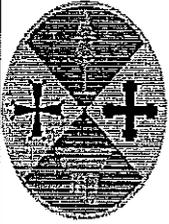


LOTTO 5

CAPITOLATO DI POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE CONSIGLIERI ED ASSESSORI REGIONALI

La presente polizza è stipulata tra

	CONSIGLIO REGIONALE DELLA CALABRIA
	Via Cardinale Portanova
	89124 REGGIO CALABRIA (RC)
	C.F. 80001350802

e

Società Assicuratrice
Agenzia di

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del:	30.09.2016
Alle ore 24.00 del:	30.09.2018

SEZIONE 1 DEFINIZIONI
RISCHI ASSICURATI ED IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

Art.1 - Definizioni

Assicurazione:	Il contratto di assicurazione
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza;
Assicurato:	La persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Società:	L'impresa assicuratrice e le eventuali coassicuratrici.
Broker:	La Aon S.p.A. incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione dell'Assicurazione, riconosciuto dalla Società
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia:	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Società non riconosce indennizzo.
Scoperto:	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Società non riconosce indennizzo. Qualora siano operanti per la medesima garanzia 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 delle franchigie e degli scoperti s'intende riferita all'ammontare delle spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato ed indennizzabili a termini di polizza.
Massimale:	La disponibilità unica ovvero la somma massima rimborsabile per ciascun Assicurato nel corso del periodo assicurativo.
Infortunio:	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o una inabilità temporanea.
Malattia:	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Invalidità Permanente da Malattia:	Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di malattia, della capacità fisica dell'Assicurato, indipendentemente dalla sua professione.
Malformazione:	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Difetto fisico:	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
Day Hospital:	La degenza in istituto di cura, documentata da cartella clinica, a regime esclusivamente diurno.
Intervento chirurgico ambulatoriale:	L'intervento di chirurgia effettuato senza ricovero, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.

Ricovero:	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Istituto di cura:	Ogni struttura sanitaria, pubblica o privata, autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera - esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno - ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.
Istituto di cura convenzionato:	Ogni struttura sanitaria che fornisce le proprie prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti all'Assicurato, in quanto le relative fatture per le prestazioni erogate vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto a termini della presente polizza, direttamente dalla Società.
Centrale Sanitaria:	La struttura di supporto agli Assicurati per indirizzarli agli Istituti di Cura e ai medici convenzionati.
Convenzione diretta / Rete:	Il complesso delle strutture sanitarie - come sopra definite - direttamente convenzionate con la Società.

Ambito di operatività del contratto

L'assicurazione è prestata a favore dei Consiglieri della Regione Calabria in carica alla data di decorrenza del contratto, nonché per tutti quelli nominati in corso di validità del contratto stesso.

Al fine dell'identificazione degli Assicurati, faranno fede gli atti documentali del Contraente.

La garanzia è operante:

- per tutti indistintamente gli Assicurati, indipendentemente dalle loro condizioni di salute e/o da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali risultassero affetti all'atto della stipula del presente contratto e/o alla data di ingresso in garanzia, che dovessero in seguito sopravvenire; pertanto sono incluse nell'assicurazione le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza e/o l'ingresso in garanzia purché non conosciute all'Assicurato;
- per gli infortuni verificatisi successivamente alla data di stipula del presente contratto e/o di ingresso in garanzia dell'Assicurato.

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892 - 1893 - 1894 C.C..

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C..

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano tuttavia il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti degli assicurati.

Il Contraente è esentato da qualsiasi obbligo di dichiarare i sinistri che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Si conviene tra le Parti che qualora si rivelasse che per gli stessi Assicurati esistono o venissero in seguito stipulate altre polizze direttamente dal Contraente o da terzi che ne abbiano avuto interesse, gli eventuali infortuni denunciati dall'Assicurato a valere sulla presente polizza saranno liquidati ed indennizzati dalla Società direttamente all'Assicurato medesimo, a prescindere dall'esistenza di altri contratti assicurativi, fermo per la Società ogni altro diritto derivante a norma di legge (art. 1910 C.C.).

Si esonera il Contraente dal dare preventiva comunicazione alla Società di eventuali polizze già esistenti e/o quelle che verranno in seguito stipulate sugli stessi rischi oggetto del presente contratto; l'Assicurato ha l'obbligo di farlo in caso di sinistro, se ne è a conoscenza.

Art. 3 - Durata dell'Assicurazione – Proroga - Disdetta

L'assicurazione avrà effetto dalle ore 24,00 del 30.09.2016 ed efficacia fino alle ore 24,00 del 30.09.2018.

E' facoltà del Contraente, entro la scadenza del contratto, richiedere alla Società, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 90 (novanta) giorni dall'inizio della proroga/rinnovo.

Il contratto potrà essere disdetta dalle Parti a mezzo lettera raccomandata A.R. inviata almeno 120 giorni prima di ogni ricorrenza annuale.

L'assicurazione cesserà automaticamente alla scadenza del periodo di proroga senza obbligo di disdetta.

La Società conviene altresì che è facoltà della Contraente disdetta l'assicurazione, con i tempi e le modalità sopra indicati, qualora intervenga per la Contraente stessa l'opportunità e/o la necessità di aderire ad iniziative che, esperite a livello centralizzato/regionale, prevedano il trasferimento del rischio garantito dalla presente polizza, successivamente alla stipula del presente contratto, qualora dette coperture siano normo-economicamente migliorativi rispetto al contratto, tenuto conto dell'obbligo di pagamento del decimo delle prestazioni non ancora eseguite e qualora l'appaltatore non acconsenta ad una modifica delle

condizioni economiche tale da rispettare il limite di cui all'art. 26 comma 3 della legge 23 Dicembre 1999, n. 488.

Art. 4 - Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio – Tracciabilità – Fatturazione Elettronica

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Le rate del premio sono trimestrali con scadenza 30 settembre – 31 dicembre – 31 marzo – 30 giugno.

A parziale deroga dell'Art. 1901 C.C. l'Ente Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro novanta giorni dalla decorrenza della polizza fermo restando l'effetto della copertura assicurativa.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 90° giorno dopo quello delle scadenze annuali o intermedie e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.

Il termine di rispetto per il pagamento di premi relativi ad eventuali appendici emesse sulla presente polizza si intende fissato in 90 giorni dalla data di ricezione da parte della Contraente del relativo documento regolarmente emesso dalla Società.

Il pagamento dei premi alla Società verrà effettuato per il tramite del Broker.

Resta convenuto tra le Parti che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine al Servizio di Tesoreria del Contraente, od altra Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente che metterà a disposizione della Società detto atto a seguito di semplice richiesta da parte della Società stessa.

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'Appalto. Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 dell'art. 3 della legge 136/2010.

La Società si obbliga ad assolvere tutti gli obblighi previsti dal Decreto Legge n. 66/2014, che introduce l'obbligo della fatturazione elettronica.

La ricezione delle fatture elettroniche avverrà secondo le specifiche contenute nel Decreto ministeriale 3 aprile 2013, n. 55 ("Regolamento in materia di emissione, trasmissione e ricevimento della fattura elettronica da applicarsi alle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 1, commi da 209 a 213, della legge 24 dicembre 2007, n. 244").

Le fatture elettroniche indirizzate alla Contraente delle presente polizza devono fare riferimento al seguente Codice Univoco Ufficio così come censiti su www.indicepa.gov.it.

Codice Univoco Ufficio: ZBWH00

Ai sensi dell'art. 25 del D.L. n. 66/2014, al fine di garantire l'effettiva tracciabilità dei pagamenti da parte delle pubbliche amministrazioni, le fatture elettroniche emesse verso le P.A., per tutti i casi in cui si applica, dovranno riportare necessariamente:

1. Il codice identificativo di gara (CIG), tranne i casi di esclusione dall'obbligo di tracciabilità di cui alla Legge n. 136 del 13 agosto 2010;
2. Il codice unico di progetto (CUP) in caso di fatture riferite a progetti di investimento pubblico.

Inoltre, per quanto riguarda il contenuto informativo della fattura elettronica, si segnala la presenza di talune informazioni non obbligatorie, che tuttavia si ritengono indispensabili per favorire il processo di caricamento, controllo e liquidazione nei sistemi contabili e gestionali e in particolare sono:

1. Data e Numero d'Ordine d'Acquisto (associato a ciascuna riga fattura)
2. Data e Numero del DDT per i beni (associato a ciascuna riga fattura)
3. Totale documento
4. Codice fiscale del cedente
5. In generale, il medesimo livello di dettaglio dell'ordine di acquisto emesso.

Le informazioni di cui sopra si ritengono necessarie per agevolare le operazioni di contabilizzazione e di pagamento delle fatture nei tempi concordati.

Per maggiori informazioni circa le specifiche tecniche e la normativa di riferimento sulla fattura elettronica si rimanda al sito www.fatturapa.gov.it.

Art. 5 - Assicurazione per conto altrui

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

Art. 6 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 7 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di almeno 120 giorni da darsi con lettera raccomandata.

In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte.

Art. 8 - Oneri Fiscali

Sono a carico del Contraente le imposte e gli altri oneri, presenti e futuri, stabiliti per legge in conseguenza del contratto.

Art. 9 - Foro competente

Per la soluzione di ogni controversia dipendente dal presente contratto, le Parti eleggono come foro competente quello dell'Autorità Giudiziaria dove ha sede l'Assicurato e/o Contraente.

Art. 10 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata anche a mano od altro mezzo (telefax, e-mail pec, o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 11 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte previste in polizza.

Art. 12 - Obbligo della Società di fornire i dati afferenti l'andamento del rischio

La Società, con cadenza annuale, si impegna a fornire al Contraente, entro 30 giorni dalla scadenza dell'annualità assicurativa di riferimento, il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- numero del sinistro della Società;
- data di accadimento;
- breve descrizione del danno;
- stato del sinistro ("in trattativa", "liquidato" e "chiuso senza seguito");
- importo liquidato e data della liquidazione;
- importo riservato;
- per i sinistri respinti o senza seguito, le motivazioni scritte.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Art. 13 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Valida esclusivamente in caso di coassicurazione ai sensi dell' art. 1911 C.C.

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici, in caso di sinistro le Società stesse concorreranno nel pagamento dell'indennizzo, liquidato a termini delle Condizioni di Assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria. In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla

Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici. Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società. La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Direzione della Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente Polizza.

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art. 14 – Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del contratto alla Aon S.p.A., in qualità di Broker ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i..

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente stesso. Gli Assicuratori inoltre riconoscono che il pagamento dei premi fatto per il tramite del Broker sopra designato è liberatorio per il Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. Il Broker tratterrà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza nella misura del del 5% (cinque per cento) sul premio imponibile.

Qualora il contratto stipulato dal Contraente con il predetto Broker per il servizio di brokeraggio dovesse concludersi nel corso della validità della presente polizza, il Contraente comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del servizio di brokeraggio, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo per l'eventuale periodo poliennale residuo.

Parimenti, il corrispettivo per il servizio di brokeraggio corrisposto dalla Società spetterà al Broker subentrante a far tempo dalla prima scadenza successiva della polizza medesima rispetto alla data di subentro formale del nuovo Broker nella titolarità dell'appalto, senza che la Società od il Broker cessante possano opporre eccezione alcuna.

Art. 15 – Obblighi dell'Appaltatore relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto;

Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3;

Il Contraente verifica in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori l'assolvimento, da parte dello stesso, degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari;

L'appaltatore si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la Contraente della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Art. 16 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è diversamente regolato dal presente contratto, valgono le norme di legge.

SEZIONE 3 RIMBORSO SPESE MEDICHE

Art. 1 – Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti o case di cura

La Società rimborsa le spese, a seguito di infortunio e/o malattia:

1) Per intervento chirurgico, in regime di ricovero in istituto di cura o in regime ambulatoriale o in regime di Day Hospital:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- b) assistenza e prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, terapie, esami effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- c) rette di degenza;
- d) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 gg. precedenti il ricovero;
- e) esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, terapie, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), effettuate nei 120 gg. successivi alla data della dimmissione dal ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
- f) prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore nel caso di trapianti di organi o parti di essi; per le donazioni da vivente sono comprese le prestazioni sanitarie durante il ricovero riferite al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza. Sono altresì comprese le spese per il trasporto di organi o di parti di essi;
- g) trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa, col massimo di € 2.500,00.

2) Per ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico:

- a) rette di degenza;
- b) accertamenti diagnostici, assistenza e prestazioni mediche ed infermieristiche, cure, medicinali, terapie, esami riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- c) gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati fuori dall'Istituto di cura nei 90 gg. precedenti il ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero;
- d) esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, terapie, effettuati nei 120 gg. successivi alla data della dimmissione dal ricovero, purché direttamente conseguenti all'evento che ha causato il ricovero;
- e) trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa, col massimo di € 2.500,00;

La garanzia di ricovero s'intende operante anche nel caso in cui la degenza avvenga in regime di "Day Hospital" (degenza diurna). Sono comunque escluse le prestazioni relative alle cure termali.

L'assicurazione viene prestata dalla Società senza presentazione di alcuna documentazione sanitaria o dichiarazione sullo stato di salute degli Assicurati e quindi senza compilazione di alcun questionario sanitario-anamnestico, e nei limiti del massimale per persona e per anno indicato nella "Scheda riepilogativa", restando confermato quanto previsto dall'ambito di operatività del contratto.

Art. 2 – Prestazioni specialistiche

La Società rimborsa le spese per prestazioni specialistiche, ambulatoriali e/o domiciliari, purché pertinenti alla malattia, comprese le malattie psicosomatiche, o all'infortunio denunciato e, in particolare, le spese

per:

- onorari medici per visite e prestazioni specialistiche; sono escluse le spese odontoiatriche. Sono, altresì, escluse le spese ortodontiche e pediatriche di controllo;
- analisi di laboratorio ed esami – accertamenti diagnostici ivi compresi gli onorari medici, salvo quanto previsto al successivo Art. 3;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi solo a seguito di intervento chirurgico ed effettuati da personale abilitato il cui titolo dovrà essere comprovato dalla documentazione di spesa, con un massimo di € 2.000,00 per anno e per assicurato;
- acquisto o noleggio di ausili medici ortopedici ed acustici quali: carrozzelle, tripodi, plantari, apparecchi acustici;
- cure dentarie e paradentarie rese necessarie da infortunio, attestato da certificato di pronto soccorso, effettuate in ambulatorio.

Le garanzie di cui al presente articolo sono rimborsate fino alla concorrenza della somma complessiva di € 5.000,00, da intendersi quale massimale annuo per assicurato, e con l'applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 20% delle spese effettivamente sostenute e documentate, con una franchigia minima di € 50,00 per ogni prestazione o ciclo di cura.

Scoperto e franchigia non sono applicati nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Art. 3 – Prestazioni extra ospedaliere

La Società rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche:

- ANGIOGRAFIA
- ARTERIOGRAFIA DIGITALE
- ARTOGRAFIA
- BRONCOSCOPIA
- CHEMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA E TERAPIE RESE NECESSARIE DA MALATTIA ONCOLOGICA
- COBALTOTERAPIA
- COLONSCOPIA
- DIALISI
- DOPPLER
- ECOCARDIOGRAFIA
- ECOGRAFIA
- ELETTROENCEFALOGRAFIA
- ELETTROSCOPIA
- ENDOSCOPIA, ivi compresa l'eventuale Biopsia
- LASERTERAPIA
- MAMMOGRAFIA
- MINERALOGIA OSSEA COMPUTERIZZATA (MOC)
- PET (Tomografia ad emissione di positroni)
- RADIONEFROGRAMMA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- SCINTIGRAFIA
- UROGRAFIA
- T.A.C.
- TELECUORE

Le garanzie di cui al presente articolo sono accordate fino alla concorrenza della somma complessiva di € 7.500,00, da intendersi quale massimale annuo per assicurato, e con l'applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 20% delle spese effettivamente sostenute e documentate, con una

franchigia minima di € 50,00 per ogni prestazione o ciclo di cura.

In presenza di spese relative ad un unico evento ed in dipendenza del quale gli assicurati usufruiscano delle prestazioni rientranti nei due massimali relativi a "PRESTAZIONI EXTRA OSPEDALIERE" e "PRESTAZIONI SPECIALISTICHE", il rimborso delle stesse verrà effettuato in capo al massimale delle "PRESTAZIONI EXTRA OSPEDALIERE" con applicazione di uno scoperto del 10% con una franchigia minima di € 50,00. Scoperto e minimo di scoperto non sono applicati nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Si precisa che con il termine "evento" è convenuto tra le Parti che viene inteso l'invio della documentazione di spese in un'unica soluzione a fronte della medesima patologia alla quale saranno applicati le franchigie e gli scoperti previsti per le garanzie sopra indicate.

Art. 4 – Protesi ortopediche

La Società rimborsa le spese per protesi ortopediche fino a concorrenza dell'importo di € 2.500,00 intendendosi tale somma quale disponibilità annua unica per ciascuna persona assicurata.

Art. 5 – Prestazioni escluse

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti ed allucinogeni;
- le malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della presente polizza se conosciute, in quanto diagnosticate, all'Assicurato;
- interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, ad eccezione di quelli a scopo ricostruttivo resi necessari da malattia o infortunio;
- le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici, stabilimenti termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- cure dentarie, parodontarie e protesi dentarie, salvo quanto previsto per le cure conseguenti ad infortunio;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- l'eliminazione o correzione di malformazioni e difetti fisici preesistenti alla data di stipula della polizza nonché delle patologie ad esse correlate, fatta eccezione per le malformazioni congenite delle quali l'Assicurato sia portatore inconscio;
- infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, di qualsiasi sport praticato professionalmente, nonché dalla partecipazione a gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;

Art. 6 – Assistenza diretta mediante rete convenzionata

La Società mette a disposizione dell'Assicurato un servizio di accesso ad una rete di Istituti di cura convenzionati, presso i quali l'Assicurato potrà ricoverarsi con costi sostenuti direttamente dalla Società.

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi degli istituti di cura e/o dell'equipe medica convenzionata, assumendosi ogni responsabilità connessa a tale decisione, è sollevato da qualsiasi anticipo o pagamento diretto delle spese per prestazioni ricevute sempreché indennizzabili a termini della presente polizza.

Il servizio di Assistenza Diretta mediante Rete convenzionata non si applica alle Prestazioni di cui agli artt. 2, 3 e 4 della presente Sezione.

Art. 7 – Pagamento a rimborso

In caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, Day-Hospital o intervento chirurgico ambulatoriale presso un Istituto di Cura non convenzionato, la Società effettuerà il rimborso delle spese previste in polizza e sostenute durante il ricovero, previa la detrazione di uno scoperto del 20% (venti per cento).

Art. 8 – Termini di carenza

La garanzia decorre:

- **per gli infortuni**, dalle ore 24,00 della data di effetto della polizza;
- **per le malattie in genere**, dal 30° giorno successivo alla data di effetto della polizza.

SEZIONE 4 INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 1 – Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione è estesa al caso di Invalidità Permanente conseguente a malattia contratta e/o insorta durante il periodo di validità della presente polizza, e insorta o manifestatasi nel corso della durata della presente assicurazione. Si intendono incluse dalla data di decorrenza della presente polizza le malattie acute improvvise, la cui origine non si possa far risalire a data precedente la decorrenza della presente polizza. L'assicurazione viene prestata dalla Società senza presentazione di alcuna documentazione sanitaria o dichiarazione sullo stato di salute degli Assicurati nei limiti del capitale massimo pro-capite indicato nella "Scheda riepilogativa".

Art. 2 – Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti ed allucinogeni;
- trasformazioni del nucleo dell'atomo nonché da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- dolo dell'Assicurato;
- malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della presente polizza, solo se conosciute, in quanto diagnosticate all'Assicurato fermo rimanendo quanto indicato all'art. 1, secondo comma.

Art. 3 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da tossicodipendenza, infermità mentali, alcolismo; l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Art. 4 – Criteri di liquidazione

In caso di malattia che abbia per conseguenza un'Invalidità Permanente di grado **superiore al 30%** la Società liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata. Il grado di invalidità permanente viene valutato non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia e comunque non oltre 24 mesi da tale data. La valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata con riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza. La menomazione e/o perdita totale, anatomica o funzionale di più organi comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del 100%. La visita fiscale potrà essere effettuata contemporaneamente dal medico dell'Assicurato e dal medico della Società i quali definiranno e concorderanno se l'indennità è dovuta a termini della presente polizza ed il relativo grado di Invalidità Permanente. In caso di controversie vale quanto previsto dal successivo Art. 8.

Art. 5 – Denuncia dei sinistri ed obblighi relativi

L'Assicurato o chi per esso deve denunciare alla Società qualsiasi malattia qualora, secondo parere medico, ci sia da ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la presente garanzia. La denuncia della malattia dovrà essere indirizzata al broker o alla Società, entro 30 giorni dal rilascio del relativo certificato medico o dal momento in cui l'Ufficio della Contraente addetto alla gestione della polizza, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, e comunque non oltre un anno dalla cessazione del contratto. Quanto prima il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto dovranno corredare la denuncia con certificazione medica iniziale che descriva la natura della malattia, il suo decorso e le presumibili conseguenze.

L'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni e successivamente deve

inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso della malattia.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno curato o visitato l'Assicurato.

Successivamente devono essere inviate informazioni periodiche relative all'evolversi della malattia. Entro 90 giorni dalla avvenuta guarigione, o remissione della malattia con postumi invalidanti, l'Assicurato deve inviare alla Società una relazione medico-legale che comprovi:

- il grado di Invalidità permanente provvisorio valutato alla data di invio dell'ultimo certificato;
- il nesso di causalità diretto ed esclusivo fra la malattia denunciata e i postumi invalidanti, senza tenere conto dell'eventuale maggior pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o minorazioni preesistenti.

Quando la malattia abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che quelle di cura siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Art. 6 – Diritto all'indennizzo

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasferibile agli eredi.

Tuttavia se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in forma determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 7 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Invalidità Permanente derivante dalla malattia denunciata, purché questa non risulti esclusa ai sensi del precedente art. 2). Pertanto non sono indennizzabili le conseguenze di malattie preesistenti alla data di effetto della presente polizza.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la percentuale di invalidità permanente accertata è diminuita tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 8 – Controversie e collegio arbitrale

In caso di disaccordo sulla natura o sulle conseguenze della malattia o sul grado di Invalidità Permanente nonché sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovute le indennità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un contraddittorio tra il medico dell'Assicurato e quello fiduciario della Società.

In caso di mancato accordo tra i due medici si procederà, con scrittura privata, a nominare quale terzo arbitro un medico designato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico; il collegio medico così costituito risiede presso il domicilio dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono obbligatorie per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, entro due anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sulle indennità da imputarsi nella liquidazione definitiva.

Art. 9 – Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulta dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di liquidazione emesso dalla Società. L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art. 10 – Termini di carenza

La garanzia decorre:

- per l'infarto miocardico acuto e per l'ictus cerebrale, dalle ore 24,00 della data di effetto della polizza;
- per le altre malattie, dal 30° giorno successivo alla data di effetto della polizza.

SEZIONE 5 DIARIA PER RICOVERO DA MALATTIA O DA INFORTUNIO

Art. 1 – Oggetto dell'Assicurazione

In caso di ricovero reso necessario da malattia o da infortunio, la Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera indicata nella "Scheda riepilogativa" per ciascun giorno di ricovero, con il limite massimo per persona di 360 giorni per ogni annualità assicurativa e per ciascun sinistro.

Le giornate di entrata e di uscita dall'Istituto di Cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

La garanzia si intende operante anche nel caso in cui la degenza avvenga in regime di "Day Hospital" (degenza diurna).

Si precisa che l'indennità giornaliera verrà corrisposta solo nel caso in cui non vi sia il pagamento da parte della Società delle spese in forma diretta od indiretta come previsto alla Sezione 1 "rimborso spese Mediche", all'art. 6 "Assistenza diretta mediante rete convenzionata" e all'art. 7 "Pagamento a rimborso".

Art. 2 – Franchigia

In caso di sinistro l'indennità giornaliera di cui all'Art. 1 viene corrisposta a decorrere dal 4° (quarto) giorno continuativo di ricovero. La franchigia viene applicata a ciascun singolo ricovero, anche in caso di più ricoveri tra loro collegati.

Art. 3 – Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti ed allucinogeni;
- le malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della presente polizza se conosciute, in quanto diagnosticate, all'Assicurato;
- interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, ad eccezione di quelli a scopo ricostruttivo resi necessari da malattia o infortunio;
- le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici, stabilimenti termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- cure dentarie, parodontarie e protesi dentarie, salvo quanto previsto per le cure conseguenti ad infortunio;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- l'eliminazione o correzione di malformazioni e difetti fisici preesistenti alla data di stipula della polizza nonché delle patologie ad esse correlate, fatta eccezione per le malformazioni congenite delle quali l'Assicurato sia portatore inconscio;
- infortuni derivanti dalla pratica di sports aerei in genere, di qualsiasi sport praticato professionalmente, nonché dalla partecipazione a gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;

Art. 4 – Termini di carenza

La garanzia decorre:

- per gli infortuni, dalle ore 24,00 della data di effetto della polizza;
- per le malattie in genere, dal 30° giorno successivo alla data di effetto della polizza.

SEZIONE 5 ASSISTENZA

Art. 1 – Prestazioni

La Società, in abbinamento alle garanzie prestate di cui alle Sezioni che precedono, fornisce a tutti gli Assicurati, tramite la Centrale Operativa sita in Via- Città, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, indicata con il proprio marchio commerciale, le garanzie di Assistenza sotto elencate a seguito di malattia o infortunio indennizzabili a termini della presente polizza.

Tutte le prestazioni di Assistenza non sono dovute per sinistri le cui cause sono escluse o non rimborsabili dalla presente polizza.

Per usufruire delle prestazioni di Assistenza di seguito previste l'Assicurato, o chi per esso, deve prendere immediatamente contatto con la Centrale Operativa chiamando il numero verde gratuito attivo 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno ed indicando con precisione:

- nome e cognome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- il tipo di assistenza di cui necessita;
- eventuale recapito telefonico;
- il numero di polizza.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa, dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale od in copia, tenendo comunque a disposizione della Società i documenti in originale.

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

- A) Consulenza Medica**
- B) Informazioni sulla Degenza –Guida alla struttura sanitaria**
- C) Segnalazione di un Medico Specialista**
- D) Baby sitter/old sitter**
- E) Invio collaboratrice familiare**
- F) Invio infermiere a domicilio**

SEZIONE 6 GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 1 – Obblighi in caso di sinistro – Criteri e modalità di liquidazione

Nei casi in cui operi il Pagamento Diretto, valgono le norme di cui all'art. 6 della Sezione 1.

Nei casi in cui non operi il Pagamento Diretto, per ottenere il rimborso delle spese sostenute, nei limiti previsti dal presente contratto, il Contraente deve presentare la relativa richiesta entro 90 giorni dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura. Non saranno prese in considerazione le domande di rimborso inoltrate oltre un anno a partire dalla data dell'ultima spesa correlata alla malattia e/o infortunio per i quali si richiede il rimborso.

La richiesta deve essere corredata da documentazione attestante la diagnosi della malattia e le prescrizioni medico-specialistiche delle prestazioni effettuate, dalla copia integrale della cartella clinica nei casi di ricovero, dalle ricevute, fatture, notule e parcelle in originale od in copia (tenendo comunque a disposizione della Società i documenti in originale), debitamente quietanzate, nonché dalla ulteriore documentazione specificata nel modulo stesso.

Le richieste di rimborso avanzate a seguito di infortunio devono essere accompagnate da certificato di Pronto Soccorso o di analoga struttura o certificazione medica da cui risulti l'accadimento e gli eventuali danni subiti.

La Società effettua il rimborso entro 30 giorni dalla ricezione, in copia, della suddetta documentazione, la quale viene restituita al Contraente, fermo restando che la Società potrà richiedere la documentazione di spesa in originale entro 180 giorni dalla ricezione delle copie.

I rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro.

Il rimborso avviene di norma mediante accredito sul conto corrente bancario di pertinenza del Contraente; solo in casi eccezionali sarà prevista la liquidazione a mezzo assegno bancario.

Qualora il Contraente debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un altro Ente per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dal Contraente e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'altro Ente.

Art. 2 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, le parti interessate (Società e Assicurato) si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un contraddittorio tra il medico dell'Assicurato e quello della Società.

In caso di mancato accordo tra i due medici si procederà, con scrittura privata, a nominare un terzo arbitro; il collegio medico così costituito si riunisce nel Comune più vicino a quello di residenza dell'Assicurato.

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

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – Identificazione degli Assicurati e regolazione del premio

L'assicurazione, ai sensi della L.R. 26/01/1987, n. 6, con le modifiche ed integrazioni di cui alle LL.RR. n. 1/1994 e 6/2001 e s.m.i., è prestata a favore dei **Consiglieri della Regione Calabria** in carica alla data di decorrenza del contratto nonché per tutti quelli nominati in corso di validità del contratto stesso.

Al fine dell'identificazione degli Assicurati, faranno fede gli atti documentali del Contraente.

Per l'ingresso in assicurazione di nuovi nominativi, varrà l'apposita Determina di nomina da parte del Contraente, in forza della quale la copertura decorrerà dalle ore 24,00 del giorno ivi indicato; il relativo premio dovuto verrà calcolato in ragione di 1/360 del premio lordo annuo unitario per ogni giorno di copertura.

Le differenze dovranno essere pagate in sede di regolazione premio annua entro novanta giorni dalla ricezione dell'apposito documento da parte della Società e ritenuto corretto dal Contraente.

Alla scadenza di ciascuna annualità si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in conseguenza delle inclusioni avvenute e comunicate nel corso dell'anno.

Le differenze attive dovute a termini del presente articolo dovranno essere pagate entro 90 giorni da quello in cui la Società ha presentato al Contraente il relativo premio di regolazione.

Art. 2 – Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

**SCHEDA RIEPILOGATIVA DELLE GARANZIE PRESTATE
E DELLE RELATIVE SOMME ASSICURATE**

Garanzie prestate	Somma assicurata €	Specifiche	Franchigie/scoperti
Sezione 1 -- Rimborso Spese Mediche	50.000,00	Per persona e per anno, con i seguenti sottolimiti:	<i>Nessuna franchigia assoluta, salvo quanto di seguito specificato</i>
Prestazioni pre-ricovero	2.500,00	Per persona e per anno	/
Prestazioni post-ricovero	2.500,00	Per persona e per anno	/
Trasporto in ambulanza	2.500,00	Per persona e per anno	/
Prestazioni specialistiche	5.000,00	Per persona e per anno	scop. 20% min. € 50,00
Prestazioni extra ospedaliere	7.500,00	Per persona e per anno	scop. 20% min. € 50,00
Protesi ortopediche	2.500,00	Per persona e per anno	/
Sezione 2 -- Invalidità Permanente da malattia	50.000,00	Capitale massimo assicurato per persona	I.P. ≤ 30%
Sezione 3 -- Diaria per ricovero da infortunio o da malattia	50,00	Al giorno, fino ad un max di 360 giorni, per persona e per anno	I primi 3 giorni di ricovero

Calcolo del premio annuo lordo

N. Consiglieri Assicurati	38 (trentotto)
Premio lordo annuo per ciascun assicurato	€
Premio totale annuo lordo	€

Scomposizione del premio alla firma e delle rate successive

Premio annuo imponibile	€
Imposte	€
TOTALE	€

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ
