



Alico Italia S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale
Viale Castro Pretorio, 124
00185 Roma
Tel.: +39 06 492161
Fax: +39 06 49216300

**POLIZZA COLLETTIVA DI ASSICURAZIONE
RIMBORSO SPESE MEDICHE
DA MALATTIA E DA INFORTUNIO**
21-000070-0000591

Contraente:
**FAISA - Fondo per l'Assistenza Integrativa Salute Assieme p/c
Italia Lavoro SpA (dirigenti)**

Indirizzo :
Viale Castro Pretorio, 124 - 00185 Roma
Codice Fiscale/Partita Iva:
97148280585

Broker:
Assiteca S.p.A. - Filiale di Roma - Divisione Enti Pubblici
Indirizzo :
Via Emilio de' Cavalieri, 11 - 00198 Roma

Periodo di Copertura:
Dalle ore **24.00** del **30/06/2010** alle ore **24.00** del **31/12/2013** **Senza Tacito Rinnovo**

Tacito rinnovo **No**
Facoltà di rescindibilità annua con preavviso di 3 mesi

Durata:
Anni **3** Mesi **6** Giorni **==**

Somme assicurate:
Vedasi condizioni di polizza allegate

Obbligo Questionario Anamnestico: **No**

Polizza sostituita: **21-000091-0000022**

Assicurati	n° assicurati	Premio lordo annuo unitario	Premio lordo annuo totale
Dirigenti	34	€ 915,00	€ 31.110
Familiari	59	€ 260,00	€ 15.340

Premio alla firma: Dal 30/06/2010 al 31/12/2010
Imponibile € 22.658,53 **Imposte € 566,13** **Totale € 23.224,66**
Premio rate successive:
Imponibile € 45.317,07 **Imposte € 1.132,93** **Totale € 46.450,00**

La Società

Alico Italia S.p.A.

Il Contraente

FONDO PER L'ASSISTENZA
INTEGRATIVA SALUTE ASSIEME
C.F. 97148280585
Timbro e firma



Alico Italia S.p.A. - Capitale Sociale € 22.351.000,00 i.v. P.IVA, C.F. e numero di Iscrizione Registro delle Imprese di Roma 04637801004. Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al n. 1.00119. Capogruppo del Gruppo Assicurativo Alico Italia iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 040. Società per Azioni a Socio Unico, soggetta a direzione e coordinamento di Alico (U.S.A.). Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimenti ISVAP n. 1 del 29/12/94 G.U. n. 12 del 16/1/95 e n. 323 del 5/8/96 G.U. n. 193 del 19/8/96.

DEFINIZIONI

Assicurati:

i dirigenti e i rispettivi nuclei familiari della Società Italia Lavoro S.p.A. con sede legale in Via G. Del Monte, 60 - 00197 Roma

Assicurazione:

contratto di assicurazione

Contraente:

FAISA - Fondo per l'Assistenza Integrativa Salute Assieme per conto di Italia Lavoro S.p.A.

Day-Hospital:

degenza in istituto o casa di cura in regime esclusivamente diurno, con compilazione di cartella clinica

Franchigia:

parte delle spese sostenute che rimane a carico dell'Assicurato

Indennizzo:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

Infortunio:

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

Istituto di cura:

struttura sanitaria pubblica o casa di cura privata regolarmente autorizzata ai sensi di legge all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono considerati convenzionalmente istituti di cura: stabilimenti termali, strutture per anziani, case di cura per lungodegenze o convalescenza, strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative

Malattia:

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza è considerata malattia

Malformazione - Difetto fisico:

alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della decorrenza della garanzia

Polizza:

documento che prova l'assicurazione

Premio:

somma dovuta dal Contraente alla Società

Ricovero:

degenza, comportante pernottamento, in Istituto di cura pubblico o privato

Rischio:

possibilità che si verifichi il sinistro

Scoperto:

percentuale del danno che rimane a carico dell'Assicurato

Sinistro:

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

Società:

la Compagnia di Assicurazione

SSN:

Servizio Sanitario Nazionale



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

La copertura assicurativa riguarda, per le prestazioni di cui all'Art. 5 (Prestazioni) e fino alla concorrenza dei massimali previsti, il rimborso delle spese mediche sostenute dagli Assicurati e rese necessarie da malattia o infortunio.

Art. 2 - Assicurati

L'assicurazione si intende valida a favore dei dirigenti della Società Italia Lavoro S.p.A. e dei loro rispettivi nuclei familiari, così come identificati all'Art. 3 - Identificazione nuclei familiari, purché i relativi nominativi vengano segnalati dal Contraente al momento dell'inclusione in polizza.

Art. 3 - Identificazione del nucleo familiare

Ai fini della determinazione del premio di polizza, costituiscono nucleo familiare del Dirigente, indipendentemente dal fatto che i singoli familiari siano o meno fiscalmente a carico, ma purché risultino conviventi:

1. il coniuge, anche legalmente separato o divorziato, purché risulti beneficiario di assegni periodici corrisposti in conseguenza di separazione legale ed effettiva, di scioglimento o annullamento di matrimonio o di cessazione dei suoi effetti civili, come comprovato da provvedimenti dell'Autorità, oppure il convivente more uxorio;
2. i figli senza alcun limite di età;
3. nei termini di cui al precedente punto 2 devono ritenersi compresi anche:
 - i figli naturali legalmente riconosciuti;
 - i figli nati dal precedente matrimonio del coniuge;
 - i minori legalmente affidati o adottati.

Art. 4 - Modalità di rimborso

Premesso che la presente assicurazione viene prestata a integrazione del FASI (Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa) o della CASAGIT (Cassa Autonoma di Previdenza e Assistenza Integrativa dei Giornalisti Italiani), resta convenuto che la Società rimborsa, nel limite dei massimali previsti, le spese sostenute dall'Assicurato dietro presentazione della copia del modulo di rimborso FASI/CASAGIT unitamente alle notule di spesa, delle fatture; la documentazione sanitaria deve sempre contenere la diagnosi o presunta diagnosi, secondo il seguente schema:

- qualora si chieda il rimborso di spese rimborsabili a termini di polizza in relazione alle quali il FASI o la CASAGIT abbiano già provveduto a un rimborso parziale, la Società liquiderà, a integrazione, solo la parte eccedente delle stesse;
- qualora si chieda il rimborso di spese non contemplate dal FASI o dalla CASAGIT ma rimborsabili a termini di polizza, la Società liquiderà le stesse per intero;
- qualora si chieda il rimborso di spese rimborsabili a termini di polizza sostenute da un familiare assicurabile in base all'Art. 3, ma non assistito dal FASI o dalla CASAGIT, la Società liquiderà le stesse previa deduzione di uno scoperto pari al 35% delle spese effettivamente sostenute.

Art. 5 - Prestazioni

La Società assicura, per gli infortuni e le malattie verificatisi nel corso dell'anno assicurativo e qualunque ne sia il numero, il rimborso delle spese nei casi di seguito indicati:

- A) Fino alla concorrenza di € 200.000,00** (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun anno assicurativo)
- in caso di ricovero in istituto di cura, ambulatorio o day hospital che comporti o meno intervento chirurgico e in caso di parto cesareo e aborto terapeutico:**
1. per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi ticket) effettuati nei 100 giorni precedenti l'intervento e ad esso relativi;
 2. per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante



- all'intervento chirurgico, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
3. per gli accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
 4. per le rette di degenza;
 5. per il telefono, la radio, la filodiffusione e il televisore entro il limite di € 20,00 al giorno e per un periodo massimo di 10 giorni per nucleo familiare e anno assicurativo;
 6. per il vitto e il pernottamento di un accompagnatore nell'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato l'Assicurato, per un periodo non superiore a 100 giorni per anno assicurativo e con il limite giornaliero di € 130,00 giornalieri;
 7. per il trasporto dell'Assicurato in istituto di cura o ambulatorio in Italia o all'estero, da un istituto di cura o ambulatorio all'altro e, purché richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa, nel limite del 20% del massimale assicurato;
 8. per il trasporto dell'accompagnatore al seguito dell'Assicurato in istituto di cura o ambulatorio all'estero, da un istituto di cura o ambulatorio all'altro e per il ritorno a casa, nel limite di € 3.100,00 da intendersi quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun anno assicurativo;
 9. per l'acquisto o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, accertamenti diagnostici (compresi i relativi tickets), prestazioni medico chirurgiche e infermieristiche, visite specialistiche (compresi i relativi tickets), acquisto di medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera); prestazioni, tutte effettuate nei 100 giorni successivi all'intervento.

N.B.

Per le prestazioni di cui ai precedenti punti A 1. e A 9. l'onere massimo a carico della Società non potrà superare il 20% del massimale assicurato.

B) Fino alla concorrenza di € 5.000,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun evento)
in caso di parto non cesareo.

C) Indennità sostitutiva

Nel caso degli eventi disciplinati al precedente punto A) qualora tutte le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta una indennità pari € 130,00 per persona e per ciascun giorno di ricovero e con un massimo di 100 giorni per anno assicurativo e per persona.

La corresponsione di tale indennità deve comunque intendersi alternativa al rimborso delle spese sostenute.

Tale disciplina si applica anche agli eventi di cui al precedente punto B), con il limite di € 500,00 per ciascun evento e per ciascun nucleo familiare assicurato.

D) Fino alla concorrenza di € 2.500,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun anno assicurativo)
per le cure domiciliari o ambulatoriali che non diano luogo a intervento chirurgico o comunque a ricovero in istituto di cura, ambulatorio o in day hospital, e più precisamente:

- onorari medici;
- medicinali prescritti dal medico curante, esclusi gli amari medicinali, i lassativi e i digestivi;
- accertamenti diagnostici, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciati.

E) Fino alla concorrenza di € 4.000,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun anno assicurativo)
per le cure domiciliari o ambulatoriali che non diano luogo a intervento chirurgico o comunque a ricovero in istituto di cura, ambulatorio o in day hospital e più precisamente:

- prestazioni infermieristiche;
- cure e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- cure termali sulla base di una indennità giornaliera omnicomprensiva pari al 3% del massimale previsto alla presente garanzia. L'indennità è corrisposta per ogni giorno di permanenza nella stazione termale e per un periodo massimo di 20 giorni per anno assicurativo e per persona assicurata;



Per ogni singolo evento, qualora il rimborso non sia contemplato dal FASI o CASAGIT, verrà applicato uno scoperto pari al 20% dell'importo liquidabile, con il minimo di € 50,00; negli altri casi si applica quanto disposto all'art. 4 - Modalità di rimborso.

I ticket relativi a tali eventi verranno rimborsati sempre nell'ambito del massimale.

L) Alcool

La Società rimborsa anche le prestazioni sanitarie in regime di ricovero e al di fuori del medesimo, prescritte ed effettuate presso istituto di cura o ambulatorio medico, mirate alla disassuefazione dall'alcolismo.

M) Malattie mentali

La Società rimborsa anche le prestazioni sanitarie in regime di ricovero e al di fuori del medesimo, prescritte ed effettuate presso istituto di cura o ambulatorio medico, mirate al trattamento terapeutico delle malattie mentali.

N.B.

- Gli eventi di cui alle lettere L) Alcool ed M) Malattie mentali, devono avere inizio in data successiva alla data di decorrenza della polizza.
- Le prestazioni relative alle garanzie di cui alle lettere L) Alcool ed M) Malattie mentali, valgono per una durata massima di 180 giorni a far data dalla prima prestazione sanitaria, per ciascun assicurato e per l'intera validità della polizza.
- Allo scadere del periodo di 180 giorni, previa presentazione di certificazione medica attestante il conseguimento della completa guarigione, le garanzie conservano la loro piena validità. In caso contrario o in caso di mancata presentazione della documentazione di cui al precedente capoverso, si applica integralmente il disposto dell'art. 7 di polizza.

N) Medicina preventiva

Fino alla concorrenza di € 500,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun anno assicurativo)

per le prestazioni di medicina preventiva, così identificate :

- per l'acquisto e la somministrazione di sieri o vaccini a scopo profilattico
- le visite mediche pediatriche, anche in assenza di alterazioni morbose (con il massimo di n° 2 prestazioni per anno e per persona assicurata).

O) Ticket

Si precisa che i ticket saranno rimborsati integralmente, nei limiti dei massimali previsti per singole garanzie, senza applicazione di franchigie o scoperti.

Art. 6 - Limiti alle prestazioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici ovvero a uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti, tranne quanto previsto all'Art.5 Prestazioni L);
- le cure e gli interventi determinati da positività HIV e da AIDS e sindromi ad essa correlate;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove e allenamenti nonché da voli effettuati in qualità di pilota o membro dell'equipaggio dell'aeromobile;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia stomatologica e plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio o malattia), le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione del contratto;
- le visite, le cure e le protesi odontoiatriche nonché le paradontopatie, tranne quanto previsto all'Art. 5 - Prestazioni E);
- le patologie psichiatriche, le psicosi in genere, le sindromi caratteriali, le sindromi depressive, tranne quanto previsto all'Art. 5 - Prestazione M), con esclusione dei casi che comportano intervento chirurgico;



- le spese per la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici, tranne quanto previsto all'Art. 5 - Prestazioni E).

Art. 7 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone di età superiore a 80 anni.

Nel caso di compimento del 80° anno di età nel corso dell'annualità assicurativa, la garanzia continuerà comunque a essere prestata fino alla successiva scadenza annuale del contratto.

Non sono assicurabili le persone affette da tossicodipendenza o alcooldipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di tali infermità senza che nulla sia dovuto dalla Società.

Art. 8 - Periodo di assicurazione e proroga del contratto

La presente polizza decorre dalle ore 24 del 30/06/2010 e avrà scadenza annuale alle ore 24 del 31/12 di ogni anno; cesserà automaticamente alla scadenza del 31/12/2013, senza obbligo di disdetta da ambo le Parti.

Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di risolvere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi tre mesi prima della suddetta scadenza.

Art. 9 - Prestazioni sanitarie nell'imminenza della scadenza del contratto

Le spese sostenute per prestazioni avvenute dopo la scadenza del contratto relative a quanto previsto all'Art. 5 Prestazioni, punti A), B) e G) sono rimborsabili soltanto se il ricovero, il day-hospital o il decesso avvenuto all'estero a cui esse si riferiscono, sia avvenuto entro la scadenza del contratto.

Le spese di cui all'Art. 5 - Prestazioni, punti D), E), H), I), L), M) e N) sono rimborsabili esclusivamente se si riferiscono a prestazioni effettuate entro la validità del contratto.

In nessun caso una spesa sostenuta oltre 90 giorni dalla scadenza del contratto sarà rimborsabile dalla Società.

Art. 10 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 11 - Sinistri: Modalità di erogazione delle prestazioni assicurative - Procedure, denuncia e obblighi dell' Assicurato.

11.1 - L'erogazione delle prestazioni assicurate può svolgersi con le seguenti modalità:

- A. In caso di ricovero e utilizzo di Strutture e Medici convenzionati - con pagamento diretto delle prestazioni previste dal Contratto e prenotate presso la struttura/équipe con essa convenzionata. Rimane a carico dell'Assicurato la franchigia o lo scoperto previsti dal contratto, che saranno saldati direttamente dall'Assicurato alla Struttura.
- B. In caso di ricovero e utilizzo di Strutture e Medici NON convenzionati - rimborso successivo delle spese sostenute dall'Assicurato. Rimane a carico dell'Assicurato lo scoperto o la franchigia previsti dal contratto, che saranno detratti dalla liquidazione finale.
- C. In caso di ricovero e utilizzo di Struttura convenzionata ma équipe NON convenzionata con pagamento diretto della struttura convenzionata e mediante rimborso successivo delle spese sostenute dall'Assicurato per operatori non convenzionati. Rimane a carico dell'Assicurato la franchigia o lo scoperto previsti dal contratto, che saranno saldati direttamente dall'Assicurato alla Struttura per le spese relative alla struttura mentre relativamente alle altre spese sanitarie rimane a carico dell'Assicurato lo scoperto o la franchigia previsti dal contratto, che saranno detratti dalla liquidazione finale.
- D. indennità sostitutiva - con erogazione dell'indennità sostitutiva prevista dal contratto.
- E. rimborso terapie e accertamenti diagnostici extraospedalieri di alta specializzazione - mediante rimborso successivo alla prestazione delle spese sostenute dall'Assicurato debitamente prescritte dal medico e regolarmente documentate. Rimane a carico dell'assicurato lo scoperto o la franchigia previsti dal contratto, che saranno detratti dalla liquidazione finale.



E' consentita la presa in carico diretta da parte della Società di Gestione per accertamenti di costo pari o superiore a 500 Euro.

11.2 - Obblighi dell'Assicurato

La presentazione della denuncia implica contestualmente la chiusura del sinistro. Pertanto l'invio di ulteriore documentazione dopo che è stata presentata la denuncia equivale a tutti gli effetti come apertura di un nuovo sinistro. Ogni denuncia deve essere riferita a un solo Assicurato e a un solo evento patologico.

L'Assicurato deve inoltre:

- sottoporsi, anche in fase di ricovero, a eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o suoi incaricati;
- fornire ogni informazione ritenuta necessaria dalla Società;
- sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

11.3 - Controversie

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi si procederà mediante arbitrato di un Collegio di tre Medici, di cui i primi due saranno designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o - in caso di disaccordo - dal presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla 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 sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge, e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

11.4 - Data del sinistro

Per "data in cui si è verificato il sinistro" si intende il giorno in cui si è verificato il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale; per le prestazioni extraricovero: la data della prima prestazione sanitaria erogata.

La Società effettua, nei limiti del massimale annuo, il rimborso delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del sinistro.

Art. 12 - Rinuncia al diritto di rivalsa

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

Art. 13 - Forma delle comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato alla Società.

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere effettuate con raccomandata, telegramma, fax. Le variazioni dei nominativi assicurati possono anche essere effettuate via email.

Art. 14 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente o dell'Assicurato.

Art. 15 - Malattie pregresse, croniche e recidivanti

Sono incluse nell'assicurazione 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.

Art.16 - Buona fede

La Società dichiara che la validità delle coperture assicurative non sarà in alcun modo pregiudicata da eventuali errori, omissioni o ritardi nella notifica o in erronee trasmissioni di dati da parte del Contraente, purché lo stesso sia in grado di dimostrare con documentazione idonea l'errore di notifica o, in caso di ritardo o di omissione nel pagamento del premio, che l'Assicurato in questione abbia realmente versato l'importo relativo alla copertura assicurativa. Il calcolo del premio sarà effettuato dall'effettivo inizio della copertura e fino al termine della relativa annualità.



Art. 17 - Effetto dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 30 giugno 2010 per tutte le persone che risulteranno inserite nell'elenco di cui all'Allegato 1 alla presente polizza, per le persone che verranno successivamente incluse a seguito di promozione o di nuova assunzione, la copertura decorrerà dalla data di tali eventi.

Art. 18 - Premio - Regolazione del premio - Variazione delle persone assicurate

Il premio è stabilito come segue:

- per ogni dirigente € 915,00
- per ogni familiare € 260,00

Il premio di polizza è stabilito inizialmente sulla base numerica dei dirigenti e dei familiari assicurati, quali risultano dall'Allegato 1.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, il premio o la prima rata di premio deve essere pagato entro 40 giorni dalla data di consegna della polizza al Contraente in deroga dell'art. 1901 c.c.; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga le rate di premio successive alla prima, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 40° giorno dopo quelle della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

L'assicurazione vale per le persone comunicate dal Contraente secondo quanto indicato nell'Art. 2 qualora esista il rapporto di lavoro dipendente con il Contraente.

Le inclusioni che si verificheranno nel corso di ciascun periodo assicurativo, dovranno essere comunicate tempestivamente dal Contraente alla Società e avranno validità dal momento in cui per ogni Assicurato matura il diritto alla copertura:

- per il dirigente dalla data di assunzione o di promozione;
- per il coniuge e i figli dalla data valida ai fini civilistici.

Qualunque sia la data di inclusione di un nuovo Assicurato, il massimale non subisce riduzioni.

Entro 60 giorni dal termine di ciascun anno assicurativo la Società, in base alle comunicazioni del Contraente, emetterà l'appendice di regolazione, computando:

- l'intero premio annuo per i dipendenti neoassunti (compresi i relativi nuclei familiari) e inseriti in polizza nel corso del primo semestre dell'anno assicurativo;
- il 60% dell'intero premio annuo per i dipendenti neoassunti (compresi i relativi nuclei familiari fiscalmente a carico) e inseriti in polizza nel corso del secondo semestre dell'anno assicurativo.

Il premio risultante dal conteggio di regolazione dovrà essere versato dal Contraente entro 30 giorni dall'emissione da parte della Società dell'apposita appendice.

La cessazione di singoli assicurati che resteranno comunque in garanzia fino alla scadenza annuale della polizza, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

Art.19 - Foro Competente

Per ogni controversia che dovesse insorgere tra il Contraente e la Società riguardante l'esecuzione della presente Polizza è competente il Foro di Roma, cui le parti potranno ricorrere qualora non si riesca a comporla attraverso arbitri amichevoli da nominarsi in accordo tra le parti, entro novanta giorni dell'insorgere della contestazione.

Per ogni controversia che dovesse insorgere tra il singolo Assicurato e le Società in merito all'indennizzabilità del sinistro o circa la misura degli indennizzi è competente il Foro della città in cui risiede l'Assicurato, cui le parti potranno ricorrere qualora non si riesca a comporla attraverso arbitri amichevoli da nominarsi in accordo tra le parti, entro novanta giorni dell'insorgere della contestazione.

Art. 20 - Clausola Broker

La gestione del presente Contratto è affidata da Italia Lavoro S.p.A. e dal Contraente alla Assiteca S.p.A. - Filiale di Roma - Divisione Enti Pubblici - Via Emilio de' Cavalieri, 11 - 00198 Roma.



Italia Lavoro S.p.A., il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti e tutte le comunicazioni inerenti all'esecuzione del presente Contratto, avverranno per il tramite del suddetto Broker. La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. L'opera del Broker sarà remunerata dall'assicuratore aggiudicatario nella misura del 10% del premio imponibile.

Emessa in Roma, in quattro esemplari, il 30 Giugno 2010

La Società


Alico Italia S.p.A.

Il Contraente


FONDO PER L'ASSISTENZA
INTEGRATIVA SALUTE ASSIEME
C.F. 97146280565
Timbro e firma

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni dei seguenti articoli:

Art.6) Limiti alle prestazioni; Art.7) Persone non assicurabili; Art.8) Periodo di assicurazione e proroga del contratto;

Art.11) Sinistri: Modalità di erogazione delle prestazioni assicurative - Procedure, denuncia e obblighi dell'Assicurato; Art.11.3) Controversie; Art.18) Premio - Regolazione del premio - Variazione delle persone assicurate; Art.19) Foro competente.

Il Contraente


FONDO PER L'ASSISTENZA
INTEGRATIVA SALUTE ASSIEME
C.F. 97146280565
Timbro e firma





Alico Italia S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale
Viale Castro Pretorio, 124
00185 Roma
Tel.: +39 06 492161
Fax: +39 06 49216300

**POLIZZA COLLETTIVA DI ASSICURAZIONE
RIMBORSO SPESE MEDICHE
DA MALATTIA E DA INFORTUNIO
21-000070-0000592**

Contraente:
**FAISA - Fondo per l'Assistenza Integrativa Salute Assieme p/c
Italia Lavoro SpA (dipendenti)**

Indirizzo :
Viale Castro Pretorio, 124 - 00185 Roma
Codice Fiscale/Partita Iva:
97148280585

Broker:
Assiteca S.p.A. - Filiale di Roma - Divisione Enti Pubblici
Indirizzo :
Via Emilio de' Cavalieri, 11 - 00198 Roma

Periodo di Copertura:
Dalle ore **24.00** del **30/06/2010** alle ore **24.00** del **31/12/2013** **Senza Tacito Rinnovo**

Tacito rinnovo **No**
Facoltà di rescindibilità annua con preavviso di 3 mesi
Durata:
Anni: **3** Mesi: **6** Giorni **===**

Somme assicurate:
Vedasi condizioni di polizza allegate

Obbligo Questionario Anamnestico: **Sì, per i familiari non a carico**

Polizza sostituita: **21-000091-0000025**

Assicurati	n° assicurati	Premio lordo annuo unitario	Premio lordo annuo totale
Dipendenti	386	€ 737,00	€ 284.482,00
Familiari non a carico	89	€ 120,00	€ 10.680,00

Premio alla firma: Dal 30/06/2010 al 31/12/2010
Imponibile € 143.980,92 **Imposte** € 3.596,22 **Totale** € 147.577,14
Premio rate successive:
Imponibile € 287.962,93 **Imposte** € 7.199,07 **Totale** € 295.162,00

La Società

Alico Italia S.p.A.

Il Contraente

FONDO PER L'ASSISTENZA
INTEGRATIVA SALUTE ASSIEME
C.F. 97148280585

Timbro e firma



Alico Italia S.p.A. - Capitale Sociale € 22.351.000,00 i.v. P.IVA, C.F. e numero di Iscrizione Registro delle Imprese di Roma 04637801004. Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al n. 1.00119. Capogruppo del Gruppo Assicurativo Alico Italia iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 040. Società per Azioni a Socio Unico, soggetta a direzione e coordinamento di Alico (U.S.A.). Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimenti ISVAP n. 1 del 29/12/94 G.U. n. 12 del 16/1/95 e n. 323 del 5/8/96 G.U. n. 193 del 19/8/96.

DEFINIZIONI

Assicurati:

i dipendenti che non hanno qualifica dirigenziale e i rispettivi nuclei familiari della Società Italia Lavoro S.p.A. con sede legale in Via G. Del Monte, 60 - 00197 Roma.

Assicurazione:

contratto di assicurazione

Contraente:

FAISA - Fondo per l'Assistenza Integrativa Salute Assieme per conto di Italia Lavoro S.p.A.

Day-Hospital:

degenza in istituto o casa di cura in regime esclusivamente diurno, con compilazione di cartella clinica

Franchigia:

parte delle spese sostenute che rimane a carico dell'Assicurato

Indennizzo:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

Infortunio:

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

Istituto di cura:

struttura sanitaria pubblica o casa di cura privata regolarmente autorizzata ai sensi di legge all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono considerati convenzionalmente istituti di cura: stabilimenti termali, strutture per anziani, case di cura per lungodegenze o convalescenza, strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative

Malattia:

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza è considerata malattia

Malformazione - Difetto fisico:

alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della decorrenza della garanzia

Polizza:

documento che prova l'assicurazione

Premio:

somma dovuta dal Contraente alla Società

Ricovero:

degenza, comportante pernottamento, in Istituto di cura pubblico o privato

Rischio:

possibilità che si verifichi il sinistro

Scoperto:

percentuale del danno che rimane a carico dell'Assicurato

Sinistro:

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

Società:

la Compagnia di Assicurazione

SSN:

Servizio Sanitario Nazionale



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

La copertura assicurativa riguarda, per le prestazioni di cui all'Art. 4 (Prestazioni) e fino alla concorrenza dei massimali previsti, il rimborso delle spese mediche sostenute dagli Assicurati e rese necessarie da malattia o infortunio.

Art. 2 - Assicurati

L'assicurazione si intende valida a favore dei dipendenti che non hanno qualifica dirigenziale della Società Italia Lavoro S.p.A. e dei loro rispettivi nuclei familiari, così come identificati all'Art. 3 - Identificazione nuclei familiari, purché i relativi nominativi vengano segnalati dal Contraente al momento dell'inclusione in polizza.

Art. 3 - Identificazione del nucleo familiare

Ai fini della determinazione del premio di polizza, costituiscono nucleo familiare del dipendente:

1. il coniuge fiscalmente a carico, anche legalmente separato o divorziato, purché risulti beneficiario di assegni periodici corrisposti in conseguenza di separazione legale ed effettiva, di scioglimento o annullamento di matrimonio o di cessazione dei suoi effetti civili, come comprovato da provvedimenti dell'Autorità, oppure il convivente more uxorio;
2. i figli fiscalmente a carico senza limite di età;
3. nei termini di cui al precedente punto 2. devono ritenersi compresi anche:
 - i figli naturali legalmente riconosciuti;
 - i figli nati dal precedente matrimonio del coniuge;
 - i minori legalmente affidati o adottati.

Ai fini della determinazione del premio di polizza, non rientrano nella definizione di nucleo familiare, ma possono essere inseriti in garanzia dietro pagamento del premio aggiuntivo pattuito, i seguenti familiari, purché risultino conviventi in base allo stato di famiglia:

1. il coniuge fiscalmente non a carico, anche legalmente separato o divorziato, purché risulti beneficiario di assegni periodici corrisposti in conseguenza di separazione legale ed effettiva, di scioglimento o annullamento di matrimonio o di cessazione dei suoi effetti civili, come comprovato da provvedimenti dell'Autorità, oppure il convivente more uxorio;
2. i figli fiscalmente non a carico senza limite di età;
3. nei termini di cui al precedente punto 2. devono ritenersi compresi anche:
 - i figli naturali legalmente riconosciuti;
 - i figli nati dal precedente matrimonio del coniuge;
 - i minori legalmente affidati o adottati.

Art. 4 - Prestazioni

La Società assicura, per gli infortuni e le malattie verificatisi nel corso dell'anno assicurativo e qualunque ne sia il numero, il rimborso delle spese nei casi di seguito indicati:

A) Fino alla concorrenza di € 200.000,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun anno assicurativo):

A1) in caso di ricovero in Istituto di cura o ambulatorio che comporti intervento chirurgico verrà riconosciuto all'Assicurato, per ciascun evento, il rimborso delle spese mediche sostenute con l'applicazione delle franchigie e/o scoperti, di seguito indicati:

1. per gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni precedenti l'intervento e ad esso relativi;
2. per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico, i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento;
3. per gli accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
4. per le rette di degenza con il massimo di € 500,00 al giorno. Devono intendersi espressamente escluse



le spese non strettamente necessarie quali, ad esempio, quelle relative alla TV, al telefono, ecc.;

5. per il trasporto con ambulanza dell'Assicurato in istituto di cura o ambulatorio, da un istituto di cura o ambulatorio all'altro e, purché richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa, entro il limite di € 1.000,00 da intendersi quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun anno assicurativo. Tale limite si intende elevato a € 1.500,00 nel caso in cui il trasporto avvenga all'estero, in treno o aereo di linea;
6. per l'acquisto o noleggio di apparecchi protesici e sanitari entro il limite di € 1.000,00 da intendersi quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato, accertamenti diagnostici, prestazioni medico chirurgiche e infermieristiche, visite specialistiche, acquisto di medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi; prestazioni tutte effettuate nei 100 giorni successivi all'intervento;
7. per protesi ed endoprotesi applicate al paziente durante l'intervento;
8. relativamente ai casi di parto cesareo, aborto spontaneo o post-traumatico la Società rimborsa fino alla concorrenza di € 6.000,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun anno assicurativo) per gli accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure e medicinali riguardanti il periodo di ricovero.

A2) in caso di ricovero in Istituto di cura o ambulatorio che non comporti intervento chirurgico, verrà riconosciuto all'Assicurato, per ciascun evento, il rimborso delle spese mediche sostenute con l'applicazione delle franchigie e/o scoperti, di seguito indicati:

1. per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi ticket) effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero e ad esso relativi;
2. per gli accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali ed esami riguardanti il periodo di ricovero;
3. per le rette di degenza con un massimo di € 500,00 giornaliere;
4. per il trasporto, con il massimo di € 1.000,00, con ambulanza dell'Assicurato in istituto di cura o ambulatorio, da un istituto di cura o ambulatorio all'altro e, purché richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa. Tale limite si intende elevato a € 1.500,00 nel caso in cui il trasporto avvenga all'estero, in treno o aereo di linea;
5. per gli esami, l'acquisto di medicinali, prestazioni mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, accertamenti diagnostici (compresi i relativi ticket) effettuati nei 100 giorni successivi al ricovero e ad esso relativi.

B) Day Hospital

In caso di degenza in istituto o casa di cura autorizzati a erogare prestazioni chirurgiche o terapeutiche in regime esclusivamente diurno (Day Hospital), la Società rimborsa le spese sostenute sulla base di quanto previsto all'art. 4 punti A 1) e A2) ovvero con l'applicazione delle franchigie e/o scoperti, di seguito indicati.

Viene pertanto espressamente escluso dall'indennizzabilità il Day Hospital avvenuto a scopo diagnostico.

C) Parto non cesareo

Fino alla concorrenza di € 3.500,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun anno assicurativo)

in caso di ricovero per parto non cesareo, verrà riconosciuto all'Assicurato il rimborso delle spese mediche sostenute:

- per gli accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure e medicinali riguardanti il periodo di ricovero.

Franchigie e scoperti

Per tutte le prestazioni sopra indicate (A1, A2, B, C), saranno applicati i seguenti scoperti e/o franchigie:

per prestazioni effettuate nell'ambito delle strutture convenzionate:

- applicazione di una franchigia fissa di € 300

per prestazioni effettuate al di fuori delle strutture convenzionate:

- applicazione di uno scoperto del 10% della somma liquidabile con il minimo a carico dell'Assicurato pari a € 300 e il massimo di € 5.000



E) Cure domiciliari e Ambulatoriali

Fino alla concorrenza di € 1.500,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun anno assicurativo) sono rimborsabili le spese sostenute a seguito di malattia o infortunio per le prestazioni di seguito indicate (ad eccezione di spese dentarie in genere):

- Onorari medici
- Accertamenti diagnostici prescritti dal medico curante o specialista

Per ogni singolo evento, verrà applicato uno scoperto pari al 20% dell'importo liquidabile, con il minimo di € 50,00;

I ticket relativi a tali eventi verranno rimborsati, sempre nell'ambito del massimale, senza applicazione dello scoperto e della franchigia.

F) Indennità sostitutiva

Nel caso degli eventi disciplinati ai precedenti punti A1) e A2), se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta una indennità di € 100,00 per ciascun giorno di ricovero e con un massimo di 180 giorni per anno assicurativo e nucleo familiare.

Nel caso degli eventi disciplinati al precedente punto B), se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta una indennità di € 50,00 per ciascun giorno di ricovero e con un massimo di 180 giorni per anno assicurativo e nucleo familiare.

La corresponsione di tali indennità deve comunque intendersi alternativa al rimborso delle spese sostenute.

G) Cure al neonato

Per i nati nel corso di validità del contratto l'assicurazione è operante anche per malformazioni, difetti fisici o malattie congenite. I nuovi nati saranno automaticamente inseriti in garanzia anche in assenza di tempestiva comunicazione da parte del Contraente; tale comunicazione dovrà pervenire alla Società entro e non oltre la scadenza annuale del contratto.

H) Anticipi

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, viene corrisposto, dietro richiesta dell'Assicurato, l'importo versato a tale titolo entro il 60% della somma garantita come massimale, salvo il conguaglio a cure ultimate.

I) Dentarie da infortunio

La Società rimborsa, in presenza di certificato di Pronto Soccorso, le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio.

Tale garanzia viene prestata nel limite di € 6.000 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono rimborsate con applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 100 per fattura.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate, la Società procederà al rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 200 per fattura.

I ticket relativi a tali eventi verranno rimborsati, sempre nell'ambito del massimale, senza applicazione dello scoperto e della franchigia.

I) Assegno exitus

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero in conseguenza di un evento indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa gli aventi causa delle spese sostenute per il rimpatrio della salma entro il limite del 20% del massimale previsto alla lettera A).

L) Ticket

Si precisa che i ticket saranno rimborsati integralmente, nei limiti dei massimali previsti per le singole garanzie, senza applicazione di franchigie o scoperti.



Art. 5 - Limiti alle prestazioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici ovvero a uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- le cure e gli interventi determinati da positività HIV e da AIDS e sindromi ad essa correlate;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove e allenamenti nonché da voli effettuati in qualità di pilota o membro dell'equipaggio dell'aeromobile;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia stomatologica e plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio o da intervento chirurgico demolitivo conseguente a neoplasia), le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di decorrenza del contratto;
- le visite, le cure e le protesi odontoiatriche nonché le paradontopatie, tranne quanto espressamente previsto all'Art. 4 punto I);
- le patologie psichiatriche, le psicosi in genere, le sindromi caratteriali, le sindromi depressive;
- le spese per la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici;
- i trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali e medicinali, tranne quanto espressamente previsto all'Art. 4 punto A1) e A2);
- le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, tumulti popolari, atti violenti o aggressioni cui l'Assicurato abbia preso parte attiva e volontaria o che abbiano movente politico o sociale, da movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Art. 6 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone di età superiore a 80 anni.

Nel caso di compimento del 80° anno di età nel corso dell'annualità assicurativa, la garanzia continuerà comunque a essere prestata fino alla successiva scadenza annuale del contratto.

Non sono assicurabili le persone affette da tossicodipendenza o alcool dipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di tali infermità senza che nulla sia dovuto dalla Società.

Art. 7 - Periodo di assicurazione e proroga del contratto

La presente polizza decorre dalle ore 24 del 30/06/2010 e avrà scadenza annuale alle ore 24 del 31/12 di ogni anno; cesserà automaticamente alla scadenza del 31/12/2013, senza obbligo di disdetta da ambo le Parti.

Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di recedere dal contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi tre mesi prima della suddetta scadenza.

Art. 8 - Prestazioni sanitarie nell'imminenza della scadenza del contratto

Le spese sostenute per prestazioni avvenute dopo la scadenza del contratto relative a quanto previsto dall'Art. 4 ai punti A1), A2), B), C) e G) sono rimborsabili soltanto se il ricovero o il day-hospital a cui esse si riferiscono sia avvenuto entro la scadenza del contratto.

Le spese di cui all'Art. 4 - Prestazioni punti D) e E) sono rimborsabili esclusivamente se si riferiscono a prestazioni effettuate entro la validità del contratto.

In nessun caso una spesa sostenuta oltre 90 giorni dalla scadenza del contratto sarà rimborsabile dalla Società.

Art. 9 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.



Art. 10 - Sinistri: Modalità di erogazione delle prestazioni assicurative- Procedure, denuncia e obblighi dell' Assicurato.

10.1 L'erogazione delle prestazioni assicurate può svolgersi con le seguenti modalità:

- A. In caso di ricovero e utilizzo di Strutture e Medici convenzionati - con pagamento diretto delle prestazioni previste dal Contratto e prenotate presso la struttura/équipe con essa convenzionata. Rimane a carico dell'Assicurato la franchigia o lo scoperto previsti dal contratto, che saranno saldati direttamente dall' Assicurato alla Struttura.
- B. In caso di ricovero e utilizzo di Strutture e Medici NON convenzionati - rimborso successivo delle spese sostenute dall'Assicurato. Rimane a carico dell'Assicurato lo scoperto o la franchigia previsti dal contratto, che saranno detratti dalla liquidazione finale.
- C. In caso di ricovero e utilizzo di Struttura convenzionata ma équipe NON convenzionata con pagamento diretto della struttura convenzionata e mediante rimborso successivo delle spese sostenute dall'Assicurato per operatori non convenzionati. Rimane a carico dell'Assicurato la franchigia o lo scoperto previsti dal contratto, che saranno saldati direttamente dall'Assicurato alla Struttura per le spese relative alla struttura mentre relativamente alle altre spese sanitarie rimane a carico dell'Assicurato lo scoperto o la franchigia previsti dal contratto, che saranno detratti dalla liquidazione finale.
- D. indennità sostitutiva - con erogazione dell'indennità sostitutiva prevista dal contratto.
- E. rimborso terapie, accertamenti diagnostici extraospedalieri di alta specializzazione, cure domiciliari e ambulatoriali - mediante rimborso successivo alla prestazione delle spese sostenute dall'Assicurato debitamente prescritte dal medico e regolarmente documentate; la documentazione sanitaria deve sempre contenere la diagnosi o la presunta diagnosi. Rimane a carico dell'assicurato lo scoperto o la franchigia previsti dal contratto, che saranno detratti dalla liquidazione finale. E' consentita la presa in carico diretta da parte della Società di Gestione per accertamenti di costo pari o superiore a 500 Euro.

•10.2 - Obblighi dell' Assicurato

10.2 Obblighi dell'Assicurato

La presentazione della denuncia implica contestualmente la chiusura del sinistro. Pertanto l'invio di ulteriore documentazione dopo che è stata presentata la denuncia equivale a tutti gli effetti come apertura di un nuovo sinistro. Ogni denuncia deve essere riferita a un solo Assicurato e a un solo evento patologico.

L'Assicurato deve inoltre:

- sottoporsi, anche in fase di ricovero, a eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o suoi incaricati;
- fornire ogni informazione ritenuta necessaria dalla Società;
- sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

10.3 - Controversie

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi si procederà mediante arbitrato di un Collegio di tre Medici, di cui i primi due saranno designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o - in caso di disaccordo - dal presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove di riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla 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 sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge, e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.



10.4 - Data del sinistro

Per "data in cui si è verificato il sinistro" si intende il giorno in cui si è verificato il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale; per le prestazioni extraricovero: la data della prima prestazione sanitaria erogata.

La Società effettua, nei limiti del massimale annuo, il rimborso delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del sinistro.

Art. 11 - Rinuncia al diritto di rivalsa

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

Art. 12 - Forma delle comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato alla Società.

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere effettuate con raccomandata, telegramma, fax. Le variazioni dei nominativi assicurati possono anche essere effettuate via email.

Art. 13 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente o dell'Assicurato.

Art. 14 - Malattie pregresse, croniche e recidivanti

Sono incluse nell'assicurazione 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.

Art. 15 - Effetto dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 30 giugno 2010 per tutte le persone che risulteranno inserite nell'elenco di cui all'Allegato 1 alla presente polizza, per le persone che verranno successivamente incluse a seguito di promozione o di nuova assunzione, la copertura decorrerà dalla data di tali eventi.

Per i familiari che non rientrano nella definizione di nucleo familiare ma che risultano comunque assicurabili in base all'art. 3 dietro la corresponsione di un premio aggiuntivo, l'assicurazione avrà effetto:

- dalle ore 24.00 del 30 giugno 2010 per tutti i familiari che risulteranno inseriti nell'elenco di cui all'Allegato 1 alla presente polizza;
- dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione da parte del Contraente per i familiari di dipendenti neoassunti, purché tale comunicazione avvenga non oltre 30 giorni dalla data di assunzione.

Art. 16 - Termini di aspettativa

(validi solo per i familiari che non rientrano nella definizione di nucleo familiare ma che risultano comunque assicurabili in base all'art. 3 con la compilazione del questionario anamnestico)

La garanzia decorre:

- dal momento in cui ha effetto l'assicurazione, per gli infortuni;
- dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le malattie;
- dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione purché dichiarati alla Società all'atto stesso della richiesta di copertura e salva diversa pattuizione;
- dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per il parto. Per l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante con il termine di aspettativa di 30 giorni soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi 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 ha effetto la presente assicurazione, decorsi i termini di aspettativa, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.



Art. 17 - Premio - Regolazione del premio - Variazione delle persone assicurate

Il premio lordo annuo è stabilito come segue:

- € 737,00 per ciascun dipendente e relativo nucleo familiare fiscalmente a carico
- € 120,00 per ciascuno dei familiari che non rientrano nella definizione di nucleo familiare ma che risultano assicurabili sulla base dell'Art. 3

Il premio di polizza è stabilito inizialmente sulla base dei nuclei familiari che risultano dall'Allegato 1.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, il premio o la prima rata di premio deve essere pagato entro 40 giorni dalla data di consegna della polizza al Contraente in deroga dell'art. 1901 c.c.; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se la Contraente non paga le rate di premio successive alla prima, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 40° giorno dopo quelle della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

L'assicurazione vale per le persone comunicate dal Contraente secondo quanto indicato nell'Art. 2 - Assicurati, qualora esista il rapporto di lavoro dipendente con il Contraente.

Le inclusioni che si verificheranno nel corso di ciascun periodo assicurativo, dovranno essere comunicate tempestivamente dal Contraente alla Società e avranno validità dal momento in cui per ogni Assicurato matura il diritto alla copertura:

- per il dipendente dalla data di assunzione o di promozione;
- per il coniuge e i figli dalla data valida ai fini civilistici.

Qualunque sia la data di inclusione di un nuovo Assicurato, il massimale non subisce riduzioni.

Entro 60 giorni dal termine di ciascun anno assicurativo la Società, in base alle comunicazioni del Contraente, emetterà l'appendice di regolazione, computando:

- l'intero premio annuo per i dipendenti neoassunti (compresi i relativi nuclei familiari) e inseriti in polizza nel corso del primo semestre dell'anno assicurativo;
- il 60% dell'intero premio annuo per i dipendenti neoassunti (compresi i relativi nuclei familiari fiscalmente a carico) e inseriti in polizza nel corso del secondo semestre dell'anno assicurativo.

Tale regola si applica parimenti anche ai familiari che non rientrano nella definizione di nucleo familiare ma che risultano assicurabili in base all'art. 3.

La cessazione di singoli assicurati che resteranno comunque in garanzia fino alla scadenza annuale della polizza, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

Art.18 - Foro Competente

Per ogni controversia che dovesse insorgere tra il Contraente e le Società riguardante l'esecuzione della presente Polizza è competente il Foro di Roma, cui le parti potranno ricorrere qualora non si riesca a comporla attraverso arbitri amichevoli da nominarsi in accordo tra le parti, entro novanta giorni dell'insorgere della contestazione.

Per ogni controversia che dovesse insorgere tra il singolo Assicurato e le Società in merito all'indennizzabilità del sinistro o circa la misura degli indennizzi è competente il Foro della città in cui risiede l'Assicurato, cui le parti potranno ricorrere qualora non si riesca a comporla attraverso arbitri amichevoli da nominarsi in accordo tra le parti, entro novanta giorni dell'insorgere della contestazione.

Art.19 - Buona fede

La Società dichiara che la validità delle coperture assicurative non sarà in alcun modo pregiudicata da eventuali errori, omissioni o ritardi nella notifica o in erronee trasmissioni di dati da parte del Contraente, purché lo stesso sia in grado di dimostrare con documentazione idonea l'errore di notifica o, in caso di ritardo od omissione nel pagamento del premio, che l'Assicurato in questione abbia realmente versato l'importo relativo alla copertura assicurativa. Il calcolo del premio sarà effettuato dall'effettivo inizio della copertura e fino al termine della relativa annualità.

Art. 20 - Clausola Broker

La gestione del presente Contratto è affidata da Italia Lavoro S.p.A. e dal Contraente alla Assiteca S.p.A. - Filiale di Roma - Divisione Enti Pubblici – Via Emilio de' Cavalieri, 11 - 00198 Roma.



Alico Italia S.p.A. - Capitale Sociale € 22.351.000,00 i.v. P.IVA, C.F. e numero di Iscrizione Registro delle Imprese di Roma 04637801004. Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al n. 1.00119. Capogruppo del Gruppo Assicurativo Alico Italia iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 040. Società per Azioni a Socio Unico, soggetta a direzione e coordinamento di Alico (U.S.A.). Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimenti ISVAP n. 1 del 29/12/94 G.U. n. 12 del 16/1/95 e n. 323 del 5/8/96 G.U. n. 193 del 19/8/96.

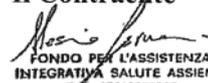
Italia Lavoro S.p.A., il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti e tutte le comunicazioni inerenti all'esecuzione del presente Contratto, avverranno per il tramite del suddetto Broker. La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. L'opera del Broker sarà remunerata dall'assicuratore aggiudicatario nella misura del 10% del premio imponibile.

Emessa in Roma, in quattro esemplari, il 30 Giugno 2010

La Società


Alico Italia S.p.A.

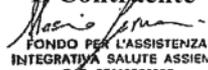
Il Contraente


FONDO PER L'ASSISTENZA
INTEGRATIVA SALUTE ASSIEME
C.F. 07146280505
Timbro e firma

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni dei seguenti articoli:

Art.5) Limiti alle prestazioni; Art.6) Persone non assicurabili; Art.7) Periodo di assicurazione e proroga del contratto; Art.10) Sinistri: Modalità di erogazione delle prestazioni assicurative - Procedure, denuncia e obblighi dell'Assicurato; Art.10.3) Controversie; Art.17) Premio - Regolazione del premio - Variazione delle persone assicurate; Art.18) Foro competente.

Il Contraente


FONDO PER L'ASSISTENZA
INTEGRATIVA SALUTE ASSIEME
C.F. 07146280505

Timbro e firma

