



**Lotto III Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche**  
**CIG 8358225178**

## **LOTTO III - RIMBORSO SPESE MEDICHE**

### **DEFINIZIONI**

Ai fini della presente Polizza valgono le seguenti definizioni:

#### **Accertamento diagnostico**

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia e/o infortunio a carattere anche cruento e/o invasivo.

#### **Assicurato**

Atleti TOP, Atleti Nazionali, Presidente della Federazione Italiana Sport Invernali, Segretario Generale Federazione Italiana Sport Invernali

#### **Assicurazione**

Il contratto di assicurazione.

#### **Contraente**

La Federazione Italiana Sport Invernali

#### **Cartella Clinica**

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.)

#### **Centro medico**

Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità [esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi] e dotata di direzione sanitaria.

#### **Convalescenza**

Periodo dopo le dimissioni dall'Istituto di cura che comporti una inabilità temporanea totale.

#### **Day Hospital**

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

#### **Degenza domiciliare**

La convalescenza trascorsa a domicilio su prescrizione risultante da certificato medico.

#### **Difetto Fisico**

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite e/o derivante da anomalia congenita.

#### **Evento/Data Evento**



**Lotto III Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche**  
**CIG 8358225178**

Prestazione Ospedaliera, il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o Il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie).

La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.

**Prestazione Extra ospedaliera**

Tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia. La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

**Franchigia**

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'assicurato l'importo garantito.

**Indennità sostitutiva**

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richieste di rimborso delle spese sanitarie per le prestazioni effettuate relative al ricovero stesso.

**Indennizzo**

La somma dovuta dalla società in caso di sinistro.

**Infortunio/Rimborso Spese Mediche**

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

**Intervento chirurgico**

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini curativi e terapeutici.

**Intervento chirurgico ambulatoriale**

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

**Intramoenia**

Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di Day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche e private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulata apposita convenzione (fuori sede).

**Istituto di Cura**

Ospedale, clinica a istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti autorità, in base a requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA).

**Lettera d'impegno**

Documento con cui l'assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy alla Società.



**Lotto III Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche**  
**CIG 8358225178**

### **Malattia**

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

### **Malattia mentale**

Tutte le patologie mentali e dei comportamenti (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) Ricomprese nel capitolo V della Revisione della classificazione Internazionale delle Malattie (ICD- 10 dell'OMS).

### **Malformazione**

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile in base a sintomi prima della stipulazione delle polizza.

### **Massimale**

L'importo stabilito nel contratto e negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la società si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato/ dipendente per le relative garanzie e/o prestazioni previste, per ciascun anno assicurativo. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

### **Network**

Rete convenzionata di ..... costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet <.....>

### **Piano sanitario**

La copertura sanitaria oggetto del presente contratto. Il documento che descrive e prova l'assicurazione.

### **Premio**

La somma dovuta dal Contraente.

### **Protesi ortopediche**

Sostituzione artificiale le diparte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

### **Retta di degenza**

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

### **Ricovero**

La degenza in istituto di cura comportante pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una S.D.O. (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

### **Ricovero improprio**

La degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

### **Scoperto**



**Lotto III Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche**  
**CIG 8358225178**

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato/ Contraente

**Sinistro**

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per la Società.

**Società**

La Compagnia di Assicurazioni.

**Struttura Sanitaria Convenzionata**

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

**Sub-massimale**

La spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle Condizioni di assicurazione fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti, la Società presta le garanzie.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

**Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi**

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di Laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Si intendono inclusi i test muscolo scheletrici e training cellulare reattivo. Dalla presente polizza dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

**Visita specialistica**

La prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata.



**Lotto III Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche  
CIG 8358225178**

## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### **Art. 1 PREMESSA**

L'assicurazione è prestata in favore degli Atleti Top, Atleti Nazionali, Presidente e Segretario Generale della Federazione Italiana Sport Invernali.

### **Art. 2 LIMITI DI ETÀ' - PERSONE NON ASSICURABILI**

L'assicurazione vale sino al compimento dell'80° anno di età.

Non sono assicurabili salvo patto speciale le persone affette da infermità mentale, alcolismo e tossicodipendenza.

L'assicurazione cessa dalla successiva scadenza annuale del premio per le persone che raggiungono l'80° anno di età, senza che possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti che in tal caso vengono restituiti al Contraente.

### **Art. 3 ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi.

### **Art. 4 PAGAMENTO DEL PREMIO -DECORRENZA E PERIODO DI ASSICURAZIONE**

Il Contraente è tenuto a pagare, presso la Società cui è assegnato il contratto, alle rispettive scadenze e per tutta la durata dello stesso, i premi stabiliti.

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nella polizza anche in assenza di pagamento del premio, in deroga all'art. 1901 c.c. Se entro **30** giorni da tale data il premio non viene corrisposto, l'assicurazione resta sospesa sino alle ore 24.00 del giorno di effettivo pagamento, ferme restando le scadenze stabilite nel contratto. Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 60 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Trascorso il termine di 60 giorni di cui sopra, la Società ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione della Polizza, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è dovuto per intero anche se sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

### **Art. 5 VARIAZIONI NUOVE PERSONE ASSICURATE E REGOLAZIONE DEL PREMIO**

Le variazioni nelle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto alla Società, la quale ne prende atto. L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione al Broker MAG Spa;

L'inclusione nelle assistenze decorre dalla data dell'evento. In caso di eventuale discordanza o ritardi con la comunicazione, faranno fede i libri amministrativi dell'ente assicurato.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste al precedente punto il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia è pari:

- Al 100% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre assicurativo;
- Al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre assicurativo.

### **Art. 6 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA**

Qualora Il Sinistro sia imputabile a responsabilità di terzi la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del Codice Civile.



**Lotto III Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche**  
**CIG 8358225178**

#### **Art. 7 DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI**

La denuncia del sinistro deve essere presentata per iscritto alla Società entro 90 giorni dal ricovero o dal momento dell'evento dannoso e comunque non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia deve essere corredata da referto medico attestante la natura della malattia o la natura e il tipo delle lesioni nonché la necessità del ricovero o dell'intervento.

L'Assicurato deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

#### **Art. 8 DETERMINAZIONE DELL'ANNUALITA' ASSICURATIVA DI COMPETENZA**

L'individuazione dell'annualità assicurativa di competenza di un sinistro avviene con il seguente criterio:

- In caso di ricovero, Day-hospital e di corresponsione dell'Indennità sostitutiva, la data del sinistro coincide con quella dell'entrata dell'Assicurato nella struttura ospedaliera. A questa data si fa riferimento per tutte le garanzie collegate al ricovero.
- Per le garanzie Fuori Ricovero la data del sinistro corrisponde alla data della documentazione di spesa.

#### **Art. 9 LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI**

La Società, al termine del ricovero o a cure ultimate, compiuti gli accertamenti del caso, rimborsa entro il limite della somma assicurata, le spese sanitarie effettivamente sostenute e corrisponde le indennità giornaliere pattuite.

Ai fini del computo dei giorni di ricovero si tiene conto del numero dei pernottamenti. Devono essere presentate alla Società le notule di spesa in originale o in copia, eventuale copia della cartella clinica completa e della documentazione medica, inviandola per posta al Contraente o a mezzo portale, web inserendo la richiesta di rimborso on line (con accesso riservato ad area dedicata mediante richiesta credenziali tramite il medesimo portale); nel caso sia intervenuto l'Ente di assistenza sanitaria sociale e/o a altra polizza d'assicurazione privata, le notule di spesa devono essere presentate in copia, unitamente alla prova della quota di concorso erogata dall'Ente stesso e/o documento comprovante le spese rimborsate in forza di altra polizza.

#### **Art. 10 DEFINIZIONE DELLE CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE**

Tutte le controversie che dovessero insorgere nell'ambito del presente contratto, anche in relazione all'interpretazione, esecuzione, risoluzione validità ed esistenza del contratto o, comunque, a questo connesse, è devoluta alla competenza esclusiva del Foro di Roma, rimanendo esclusa la competenza arbitrale.

#### **Art. 11 ALTRE ASSICURAZIONI**

Il Contraente non è tenuto a denunciare alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze riguardanti prestazioni analoghe per le stesse persone assicurate con il presente contratto.

#### **Art. 12 ONERI FISCALI E SPESE CONTRATTUALI**

Posto che sono a carico della Società le spese di bollo, gli oneri fiscali, le eventuali quote associative, le spese contrattuali, ad eccezione di quelli che fanno carico per legge all'Associato, le prestazioni della presente polizza non rientrano nel campo di applicazione dell'I.V.A., ai sensi dell'art. 10 del D.P.R. n. 633 del 1972 e s. m. e i.



**Lotto III Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche  
CIG 8358225178**

### **Art. 13 ENTITA' DEL PREMIO E MODALITÀ DI PAGAMENTO DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

I premi annui per il complesso delle prestazioni oggetto della presente copertura assicurativa, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

- € ..... (€ .....) per ogni soggetto assicurato

Nel caso in cui si riscontri un numero di iscritti maggiore alla data di decorrenza della polizza, su cui è stato calcolato il premio anticipato, verrà emesso un atto di variazione di conguaglio che dovrà essere regolato dal Contraente entro 60 (sessanta) giorni.

Nel caso in cui si riscontri un numero di iscritti inferiore alla data di decorrenza della polizza, su cui è stato calcolato il premio anticipato, verrà emesso un atto di variazione di conguaglio che dovrà essere regolato dalla Società entro 60 (sessanta) giorni dalla relativa comunicazione.

Per quanto riguarda gli inserimenti di nuovi iscritti in corso d'anno, a ogni comunicazione seguirà l'emissione del relativo atto di variazione da regolarsi sempre nei termini sopraindicati.

### **Art . 14) CLAUSOLA BROKER**

Alla Società di Brokeraggio MAG SPA, Via delle Tre Madonne 12, 00197 Roma é affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione, in qualità di Broker, ai sensi del D. lgs 07.09.2005 N. 209 e successivi modificazioni e integrazioni.

Di conseguenza tutti i rapporti e comunicazioni inerenti l'assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e/o Assicurato dal broker il quale tratterà con la Società.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal broker nel nome e per conto del Contraente e/o Assicurato si intenderà come fatta dal Contraente e/o Assicurato stesso; parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o Assicurato al broker si intenderà come fatta alla Società.

Farà fede, ai fini dell'efficacia della copertura assicurativa, la data di una comunicazione ufficiale del broker alla Società.

Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il pagamento verrà effettuato dal Contraente al broker (su conto separato e dedicato di cui all'art. 117 del d.lgs. 209/2005, in ossequio alla vigente normativa art. 3 della Legge 13 agosto 2010 n. 136, giusta determinazione A.V.C.P. 18 novembre 2010 n. 8 paragrafo 4° punto quinto), che provvederà al versamento alla Società. Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termini dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento effettuato dal Contraente al broker.

Il broker sarà remunerato dalla Società.

La Società pertanto rilascia, ove mancante, lettera di libera collaborazione a MAG SPA ai sensi e per gli effetti dell'art. 118 del Codice delle Assicurazioni, e dei commi 1) e 3) dell'articolo 55 - Regolamento ISVAP n. 5 DEL 16.10.2006 e successive modifiche ed integrazioni.

## **CONDIZIONI SPECIALI**

### **Art. 15 ANTICIPI**

Nel caso di avvenuto ricovero in istituto di cura è in facoltà dell'Assicurato richiedere anticipatamente il rimborso delle spese preventivate In misura non superiore al 50% delle stesse, previo contestuale presentazione allo Società di certificazione provvisoria dell'Istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, eventualmente lo necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

L'anticipazione delle spese può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare delle stesse non sia inferiore a € **4.000,00**.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di speso, si procede al conguaglio attivo o passivo delle somme effettivamente versate o da versare.



**Lotto III Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche  
CIG 8358225178**

**Art. 16 DAY HOSPITAL**

La Società rimborsa, nei limiti delle condizioni e dei capitali assicurati e previsti per i ricoveri, le spese sostenute in caso di degenza in Istituto di Cura a regime esclusivamente diurno

**Art. 17 LIMITI DI ASSISTENZA**

Le prestazioni di cui alla presente copertura sono erogate fino alla concorrenza di cui alla tabella sotto riportata, somme da intendersi quali massima disponibilità per anno assicurativo e per assicurato:

<b>Garanzia</b>	<b>Somme assicurate Atleti squadra nazionale</b>
Ricovero in istituto di cura	€ 50.000,00 elevato a € 75.000,00 per ricoveri all'estero
Prestazioni specialistiche e diagnostica strumentale extra-ricovero	€ 8.000,00
Apparecchi protesici, ortesi e tutori in genere	€ 2.000,00

Limite annuo di rimborso

L'esposizione massima annua della Società per la presente garanzia Sanitaria non potrà comunque essere superiore a € 600.000,00.

**NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE SANITARIA**

**Art. 18 PRESTAZIONI**

La Società rimborsa in caso di:

**A. Ricovero con o senza intervento chirurgico in istituto di cura** e/o in Ambulatorio, pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna con o senza intervento chirurgico, nonché di intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso, che si siano resi necessari per infortunio, malattia:

- Accertamenti diagnostici compresi onorari medici, cure e trattamenti fisioterapici (compreso osteopatia e chiropratica), compreso il noleggio delle apparecchiature, trasporto all'istituto di cura, all'ambulatorio o al pronto soccorso per ricovero o intervento che abbiano carattere di urgenza, effettuati nei **100** giorni precedenti l'Intervento;
- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente anestesista, di ogni soggetto partecipante all'intervento, diritti di Sala Operatoria e materiali di intervento;
- Assistenza medica ed infermieristica, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicina ed esami post Intervento, durante il periodo di ricovero;
- Rette di degenza 100% in caso di ricovero presso strutture convenzionate con la Società, Euro 500,00 al giorno in caso di ricovero in strutture non convenzionate;

**B. Nei 100 giorni precedenti il ricovero** in Istituto di Cura o l'intervento chirurgico effettuato in ambulatorio, le spese effettuate anche fuori dell'Istituto di cura per:

- Accertamenti diagnostici;
- Prestazioni di laboratorio;
- Onorari medici;



**Lotto III Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche  
CIG 8358225178**

- Trasporto all'Istituto di Cura, all'ambulatorio o al pronto soccorso per ricovero o intervento che abbiano carattere d'urgenza fino alla concorrenza di Euro 3.000,00;
- programmi atletici riabilitativi (riatletizzazione);
- spese di affitto di apparecchi necessari allo svolgimento anche domiciliariamente delle terapie prescritte.

**C. Nei 180 giorni successivi al ricovero** in Istituto di cura o l'intervento chirurgico effettuato anche in ambulatorio, le spese effettuate anche fuori dell'Istituto di cura o presso pronto soccorso (limitatamente alle spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio, della malattia che hanno dato luogo al ricovero e/o intervento chirurgico) per:

- Accertamenti diagnostici;
- Prestazioni di laboratorio;
- Onorari medici;
- Trattamenti chiroterapici, nonché di agopuntura ed elettroagopuntura, purché praticati da medici;
- Medicinali;
- Trattamenti medico chirurgici;
- Prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: trattamenti infermieristici, fisioterapici, rieducativi e cure termali ( escluse le spese di natura alberghiera );
- Programmi atletici riabilitativi ( riatletizzazione )

**D. Rette dell'accompagnatore**, con il limite di **€ 150,00** giornalieri per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo, elevati a Euro 300,00 in caso di ricovero con intervento all'estero. In quest'ultimo caso, ove la struttura ospedaliera non preveda l'alloggio per l'accompagnatore, saranno rimborsate le spese alberghiere purché documentate, fermo il limite giornaliero di cui sopra;

#### **Art. 19 SCOPERTI E FRANCHIGIE**

Il rimborso delle spese di cui al precedente Art. 18 "Prestazioni" prevede:

**a) Ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta** (sia struttura sanitaria che equipe medica )

1. Non viene applicato alcuno scoperto e franchigia.

**b) Ricoveri effettuati non in convenzione diretta**

1. Applicazione di uno **scoperto del 20% minimo € 1.500,00** per i diritti di sala operatoria, materiale di intervento (compresi apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento ecc..) assistenza medica infermieristica, cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami di laboratorio e di diagnostica riguardante il periodo di ricovero;
2. Applicazione di uno **scoperto del 10% minimo € 300,00** in caso di intervento ambulatoriale;
3. Applicazione di uno **scoperto del 15%** per gli onorari da corrispondere all'equipe medica, intesa come chirurgo, eventuali aiuti medici e paramedici, anestesia ed ogni altra figura professionale che presta la sua assistenza in sala operatoria

**c) Ricoveri effettuati in regime misto:**

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con ed effettuate da medici non convenzionati;

- Le spese relative alle competenze fatturate dalla struttura convenzionata vengono liquidate direttamente alle strutture stesse senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'iscritto.
- Le spese relative alle prestazioni non fatturate dalla struttura convenzionata (onorari fatturati dall'equipe medica, spese per accompagnatore, ecc.) vengono rimborsate nella misura dell'85%, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale".

**d) Ricoveri con o senza intervento chirurgico presso la Casa di Cura la Madonnina – Via**



**Lotto III Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche  
CIG 8358225178**

Quadranno 29-31 20122 Milano, nel caso in cui la struttura risulti non convenzionata la Società provvederà al rimborso delle spese senza applicazione di nessuno scoperto e/o franchigia.

**Art. 20) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Se tutte le spese di cui alla precedente Art. 18 "Prestazioni" (relative al periodo di ricovero) sono state a totale carico del Servizio Sanitario nazionale, la Società corrisponde un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

L'indennità sarà pari ad **€ 60,00** per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo dal giorno che comprende anche il pernottamento) per assicurato infermo, fino ad un massimo di **180** giorni per anno oltre al rimborso dell'eventuale ticket.

Tale indennità sarà ridotta ad **€ 25,00** giornaliera, oltre al rimborso dell'eventuale ticket, in caso di ricovero in regime di Day Hospital-.

**Art. 21) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI**

In caso di infortunio o malattia che non hanno comportato un ricovero in istituto di cura, la Società rimborsa con il limite assistenziale di:

- **€ 8.000,00** anno/procapite per le prestazioni di "Alta Specializzazione";
- **€ 8.000,00** anno/procapite per le "prestazioni specialistiche".

le seguenti spese:

- 1) onorari medici e specialisti (escluse le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche se non conseguenti ad infortunio), le prestazioni sanitarie di diagnostica/strumentale, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici;
- 2) trattamenti medico chirurgo-infermieristici, trattamenti masso/fisio-terapici (comprese osteopatia e chiropratica) e programmi atletici riabilitativi (riatletizzazione), medicinali, infiltrazioni, cure omeopatiche e termali (escluse le spese d'albergo). Sono altresì comprese le spese sostenute per l'affitto di apparecchi necessari allo svolgimento, anche domiciliariamente, delle terapie prescritte;
- 3) applicazione e rimozione di gesso e valve gessate;
- 4) agopuntura ed elettro agopuntura, purché praticata da medici regolarmente iscritti all'Ordine e professionisti abilitati ed iscritti all'Albo di appartenenza;
- 5) La Società rimborsa inoltre le spese sostenute per le cure effettuate a qualsiasi titolo, per scopi sia riabilitativi, sia preventivi, purché prescritti dal medico curante e/o specialista ed avallati dai medici della Nazionale, senza necessità di interventi chirurgici, sempreché conseguenti ad eventi indennizzabili a termini della presente convenzione. Si intendono incluse a titolo esemplificativo ma non limitativo le cure masso-fisioterapiche, le kinesiterapie, le infiltrazioni ed i programmi atletici riabilitativi svolti in strutture specifiche.

Per l'attivazione di tali garanzie è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. Ogni richiesta di rimborso dovrà essere corredata da documentazione attestante la diagnosi di malattia (presunta/accertata) o infortunio, dalle prescrizioni medico-specialistiche delle prestazioni ricevute (prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa), dalle ricevute, fatture, notule o parcelle, nonché l'eventuale ulteriore documentazione sanitaria richiesta dalla Società.

Le spese di cui sopra vengono accordate con l'applicazione di uno **scoperto del 15% minimo € 20,00** per ogni singola prestazione o ciclo di terapia in caso di utilizzo di strutture convenzionate, con uno **scoperto del 15% minimo € 75,00** per ogni accertamento o ciclo di terapia qualora l'Assistito si avvalga di strutture



**Lotto III Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche  
CIG 8358225178**

non convenzionate.

I tickets relativi alle prestazioni di cui sopra vengono rimborsati senza applicazione di alcuno scoperto.

Le prestazioni di cui sopra sono rimborsabili solo dietro prescrizione medico-specialistica attestante una diagnosi documentata ed accertata.

#### **Art. 22 Cure odontoiatriche**

La Società rimborsa altresì le cure dentarie (anche extra-ricovero) rese necessarie da infortunio, sempre che l'infortunio sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista. Sono anche incluse le spese sostenute per cure ortodontiche ed odontoiatriche anche non conseguenti ad infortunio, purchè tali cure siano state rese necessarie da casi di emergenza durante lo svolgimento dell'attività agonistica e prescritte direttamente dai medici della Nazionale. Il rimborso avverrà con il limite di Euro 8.000,00 per assicurato e per anno assicurativo, con applicazione di uno scoperto del 10% .

#### **Art. 23 Laserterapia per visus**

La Società rimborsa, con il limite di € 8.000,00 le spese sostenute per trattamento laser per peggioramento visus, in questo caso il rimborso sarà dovuto soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 2 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 4 diottrie.

#### **Art. 24 Acquisto ausili protesici e terapeutici**

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di apparecchi protesici e terapeutici, ortesi e tutori in genere anche su misura, plantari, purché prescritti da medico specialista a seguito di infortunio o da malattia che impedisca o condizioni il normale svolgimento dell'attività sportiva. Si intendo inclusi inoltre le placche bite di svincolo mandibolare o temporomandibolare ed i plantari ortopedici, prescritti per la cura di problemi posturali che potrebbero affliggere gli atleti. La presente garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale previsto in polizza di Euro 8.000,00 per Assicurato e per anno assicurativo, con applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 75,00.

### **CRITERI E MODALITÀ DI RIMBORSO**

#### **Art. 25 ASSISTENZA DIRETTA**

Le prestazioni di cui agli Artt. 18 "Prestazioni" (Ricovero con o senza intervento chirurgico) e 21 "Prestazioni extraospedaliere e/o ambulatoriali" (spese extraospedaliere, visite specialistiche ed accertamenti diagnostici) sono garantite nella forma dell'assistenza diretta, nei casi previsti dalle convenzioni con gli Istituti di Cura e con i medici, previa autorizzazione della Centrale Operativa.

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi delle Strutture Sanitarie convenzionate e dell'Equipe Medica convenzionata, assumendosi ogni responsabilità connessa a tale decisione, è sollevato (fatto salvo per l'eventuale importo previsto in polizza come franchigia a suo carico) da qualsiasi anticipo o pagamento diretto delle spese, per prestazioni ricevute, sempreché indennizzabili a termini di polizza.

Per accedere al servizio di Assistenza Diretta, l'Assicurato deve seguire la procedura di Pre-attivazione come di seguito illustrata.

#### **A. Scelta della struttura sanitaria e della equipe medico/chirurgica di fiducia:**

L'Assicurato individua la struttura sanitaria convenzionata più adatta alle proprie esigenze consultando l'elenco delle strutture convenzionate tramite il sito ..... oppure contattando la Struttura Operativa al numero ..... (numero verde gratuito) accessibile 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

La Struttura Operativa verifica presso la struttura sanitaria che anche l'equipe medica o chirurgica che seguirà il paziente assicurato risulti convenzionata.



**Lotto III Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche  
CIG 8358225178**

In caso di chiamata dall'estero (numero non gratuito comprensivo di prefisso internazionale per l'Italia (+39 .....)), il servizio è operativo 24 ore su 24.

**B. Pre-attivazione:**

Una volta identificata struttura ed equipe, l'Assicurato deve - almeno 24 ore lavorative prima della data prevista per la prestazione (in caso di scelta Equipe medico/chirurgica non convenzionata l'attivazione presso la Centrale Operativa dovrà essere effettuata 5 giorni lavorativi prima della data della prestazione, per permettere l'eventuale convenzionamento ad hoc dell'equipe) - inviare alla Struttura Operativa al numero di fax ..... o indirizzo email: .....

Il "Modulo di pre-attivazione" compilato in ogni sua parte, corredato da un certificato medico indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta e la prestazione richiesta.

Il "Modulo di pre-attivazione" è disponibile sul sito .....

la Struttura Operativa comunicherà all'Assicurato la conferma dell'avvenuta autorizzazione all'Assistenza Diretta entro tre giorni lavorativi dall'invio della richiesta di pre-attivazione.

**C. Accettazione presso la struttura sanitaria:**

Al momento dell'ingresso nella struttura, l'Assicurato deve firmare per accettazione il "Modulo di presa in carico" nel quale vengono indicati gli eventuali importi (scoperti, franchigie ecc.) o tipologie di spese che rimangono a termini di polizza a suo carico e che quindi lo stesso dovrà saldare direttamente all'atto della dimissione.

Per le prestazioni fuori ricovero l'Assicurato dovrà presentarsi presso il centro convenzionato munito di richiesta del proprio medico curante, indicante la prestazione da effettuare e la patologia sofferta.

L'Assicurato deve autorizzare per iscritto l'Istituto di Cura ad inviare alla Centrale Operativa tutta la documentazione sanitaria inerente il ricovero, con particolare riguardo alla copia della cartella clinica.

L'Assicurato deve altresì consentire che la certificazione probatoria del costo della degenza, delle prestazioni sanitarie e degli onorari professionali relativi al ricovero (o alla prestazione sanitaria extra ricovero) sia trasmessa dall'Istituto di Cura alla Centrale Operativa affinché quest'ultima possa provvedere ad autorizzare la liquidazione diretta delle somme dovute.

Altri titoli di spesa, per i quali l'Assicurato abbia diritto al rimborso ai sensi delle condizioni di polizza dovranno essere inviati dall'Assicurato stesso alla Società che provvederà alla relativa liquidazione.

In tutti i casi in cui per qualsivoglia motivo non fosse operante la Convenzione per il pagamento diretto da parte della Società delle spese di cura e ricovero, l'assicurazione sarà prestata in forma indiretta.

**D. Assistenza "indiretta": ricorso a strutture o medici non convenzionati con .....**

Qualora non ci si avvalga dei Servizi Convenzionati con .....o non si sia concordato preventivamente con ..... l'attivazione dell'Assistenza "Diretta" con le modalità indicate, l'Impresa effettua il rimborso all'Assicurato entro 30 giorni dalla data di ricevimento della necessaria documentazione medica e delle relative notule e fatture in originale e/o copia, pervenuta per il tramite portale Web. In caso di ricevimento parziale della documentazione medica, l'Impresa comunica all'Assicurato entro 20 giorni dal ricevimento l'avviso di documentazione incompleta e, se superati i 30 giorni dalla data della prima richiesta di rimborso, l'Impresa effettua la liquidazione entro 5 giorni dal ricevimento della documentazione integrativa mancante.

**Art. 26 PORTALE WEB DEDICATO PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO E HELP DESK**

La Società mette a disposizione degli assistiti un portale web per l'invio delle richieste di rimborso e della documentazione sanitaria, che consente, tra l'altro, di evitare l'utilizzo del supporto cartaceo.

Ciò in ottemperanza alla disciplina del Codice per la protezione dei dati personali, sia in termini di informativa al trattamento che in termini di misure di sicurezza, anche in considerazione della particolare tipologia di dati



**Lotto III Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche  
CIG 8358225178**

trattati (dati sulla salute), il portale web garantisce:

- la funzionalità di gestione avanzata e in sicurezza delle credenziali di accesso (cambio password al primo accesso, recupero username e password, ecc.);
- la semplicità di accesso e d'uso con idonei contenuti informativi per ciascuna tipologia di rimborso;
- la possibilità di effettuare l'upload dei documenti giustificativi delle spese;
- la possibilità per gli assistiti di disporre di un elenco, anche su supporto cartaceo, delle prestazioni erogate per anno solare, sia in regime di assistenza diretta che in regime di assistenza indiretta, con indicazione degli importi in franchigia fiscalmente detraibili.

Nel portale inoltre è presente un documento illustrativo sintetico delle condizioni di assistenza sanitaria per gli Assicurati. La Società garantisce un servizio di help desk, di cui potranno servirsi gli Assicurati per avere informazioni circa la gestione delle pratiche di rimborso o per risolvere eventuali problematiche inerenti l'utilizzo del portale. Il servizio è operativo 24h su 24h ed è fruibile attraverso i seguenti canali:

- numero verde gestito da call center dedicato;
- indirizzo mail dedicato.

## **LIMITAZIONI**

### **Art. 27 ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

### **Art. 28 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE**

L'Assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto –
2. la cura di malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura della paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici – salvo per i casi previsti all'Art. 21 "Prestazioni extraospedaliere e/o ambulatoriali" ovvero se non conseguenti ad infortunio;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
6. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alla relative prove di allenamento;
7. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
8. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
9. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

## **NORME CHE DISCIPLINANO IL SINISTRO**

### **Art. 29 DENUNCIA DEL SINISTRO**

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa della Società, al numero verde dedicato e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori e i medici della Centrale Operativa della Società saranno a disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta



**Lotto III Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche  
CIG 8358225178**

con il Piano Sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi artt. "Sinistri in strutture convenzionate con la Società", "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale". Qualora l'assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate al punto "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

### **29.1 Sinistri in Strutture convenzionate con la Società**

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

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti. La Società provvederà a liquidare direttamente alla Struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le Strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza. La Struttura Sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una Struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato verranno liquidate con le modalità previste agli artt. "Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società" e "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previste nelle singole garanzie.

### **29.2 Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società**

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato dovrà inviare direttamente alla Società la documentazione necessaria:

- 6) modulo di denuncia del sinistro compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- 7) in caso di ricovero\*, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- 8) in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- 9) copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

\*Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Ai fini della corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato verrà effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra, **in 7 giorni naturali e consecutivi**. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruiti dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato dovrà consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni



**Lotto III Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche  
CIG 8358225178**

informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

### **29.3 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale**

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate agli artt. "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" e "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

### **29.4 Criteri di liquidazione relativa all'area ricovero e alle garanzie extraospedaliere in caso di infortunio o malattia**

In tutti i casi in cui la copertura assicurativa opera in forma rimborsuale, la Società si impegna a liquidare i sinistri entro 7 giorni (naturali e consecutivi) dalla presentazione della documentazione completa attinente la pratica (copia di documentazione medica, copia fotostatica della documentazione di spesa, da cui risulti il relativo quietanzamento, ed eventuale documentazione specifica richiesta, ad es. denuncia dei redditi).

### **29.5 Criteri e modalità di rimborso direttamente a F.I.S.I.**

Premesso che i rimborsi dovuti a termini della presente polizza saranno liquidati a favore del soggetto che ha sostenuto le spese, si precisa che qualora le spese non vengano sostenute direttamente da un soggetto assicurato ma dal Contraente la liquidazione verrà effettuata a favore di F.I.S.I. a condizione che venga allegato, alla denuncia di sinistro, quanto segue:

- apposito Modulo in cui si certifica che il soggetto per il quale si richiede il rimborso è un Atleta TOP o della Squadra Nazionale ;
- delega di pagamento o equivalente idonea procura rilasciata dal soggetto assicurato a favore della F.I.S.I. corredata da copia del documento d'identità.

## **Art. 30 Gestione documentazione di spesa**

### **A. Prestazioni in Strutture sanitarie convenzionate con la Società**

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla Struttura all'Assicurato.

### **B. Prestazioni in Strutture sanitarie non convenzionate con la Società**

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica verrà conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – dovrà essere restituita all'Assicurato, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle sue richieste di rimborso, provvederà all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e non liquidate nel corso del mese;
- **riepilogo trimestrale** delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate



**Lotto III Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche  
CIG 8358225178**

nel corso del trimestre;

- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

**Art. 31 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE**

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

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

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

**Art.32 Cessazione della copertura**

La copertura prestata ai sensi del presente contratto cesserà immediatamente qualora l'Assicurato dovesse risultare definitivamente positivo a controlli antidoping.

**Art. 33 ADEMPIMENTI IN MATERIA DI "PRIVACY"**

Le parti convengono che i dati relativi agli Assicurati forniti dall'Associato alla Società verranno utilizzati ai soli fini della gestione del presente Piano sanitario nel rispetto della vigente normativa in materia di "privacy"; la Società garantisce pertanto di mantenere indenne il Contraente da eventuali danni conseguenti a un diverso utilizzo dei suddetti dati.

**Sezione Sviluppo del Premio Annuo Lordo**

Categorie	N. assicurati	Premio lordo procapite	Premio lordo annuo
Atleti TOP	44	€	€
Atleti Nazionali	217		
Presidente FISI	1		
Segretario Generale FISI	1		
<b>Premio lordo annuo</b>			€