



OPERA NAZIONALE DI ASSISTENZA
PER IL PERSONALE DEL
CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO
(Eretta in Ente Morale con D.P.R. 30 giugno 1959, n. 630)
Presso il **MINISTERO DELL'INTERNO**



CAPITOLATO TECNICO

A) POLIZZA RIMBORSO SPESE SANITARIE

**PER IL PERSONALE IN SERVIZIO DEL CORPO NAZIONALE DEI
VIGILI DEL FUOCO**

PREMESSA

Il presente Capitolato Tecnico disciplina gli aspetti tecnico-giuridici ed economici per l'affidamento dei servizi di assistenza sanitaria a favore dei dipendenti del Dipartimento dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento.

Il servizio è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente regolato dalle condizioni del presente Capitolato Tecnico, valgono le norme di legge.

DATI ECONOMICI

Ai fini della determinazione del premio stimato annuale, si riporta di seguito il numero presunto degli aventi diritto all'assistenza sanitaria:

N. assicurati: 33.612

Il premio effettivo globale sarà calcolato in base alla reale anagrafica che sarà comunicata da ONA all'aggiudicatario.

ADEMPIMENTI DA PARTE DELLA SOCIETA'

la Società aggiudicataria dovrà rendersi disponibile, in caso di richiesta da parte dell'Ente, a fornire notizie in merito ai nominativi degli assistiti che hanno usufruito della copertura assicurativa ai fini del coordinamento con le attività relative all'erogazione di contributi assistenziali a favore degli stessi.

DEFINIZIONI

I seguenti vocaboli, usati nella polizza, significano.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

BROKER

L'intermediario che, ai sensi dell'art. 109, comma 2 lettera b) del D. Lgs. 209/2005, ha ricevuto l'incarico dal Contraente per l'assistenza nella stipulazione, gestione ed esecuzione del presente contratto di assicurazione.

POLIZZA

Il documento che prova l'assicurazione.

CONTRAENTE

l'Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco.

ASSICURATO

Le persone nel cui interesse è stipulata l'assicurazione.

SOCIETA'

Compagnia Assicuratrice.

PREMIO

La somma dovuta alla Società.

INFORTUNIO

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

MALATTIA

Qualunque alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MALFORMAZIONE

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

MASSIMALE

La massima spesa rimborsabile per l'Assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che diano diritto al rimborso nell'anno assicurativo.

DIFETTO FISICO

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

ISTITUTO DI CURA

Ospedale, Clinica o Istituto universitario, Casa di Cura, regolarmente autorizzata dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

RICOVERO

Degenza in Istituto di Cura che comporti pernottamento.

DAY-HOSPITAL

La degenza esclusivamente diurna, ancorché non ininterrotta, in Istituto di Cura, resa necessaria per l'espletamento di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e/o riabilitativo, che non comportano la necessità di ricovero ordinario, ma che comunque richiedono, per la loro natura e complessità, un regime di assistenza medica ed infermieristica continuativa.

La degenza deve essere documentata da cartella clinica dalla quale risultino i giorni di effettiva presenza dell'Assicurato nell'Istituto di Cura.

INTERVENTO CHIRURGICO

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, compresi quelli utilizzando Laser, Criochirurgia o termoablazione.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE o DAY-SURGERY

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

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

DIARIA GIORNALIERA

Indennizzo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero comportante pernottamento o in regime di Day-Hospital sia medico che chirurgico.

FRANCHIGIA

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero di giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo contrattualmente garantito.

SCOPERTO

Percentuale del danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.

Condizioni Generali di Assicurazione

Art. 1- Definizioni

Nel testo, la parola "Società" designa la Compagnia così come indicata nella sezione Definizioni, per "Contraente" si intende l'Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, per "Assicurato" il soggetto a favore del quale è prestata l'assicurazione, ovvero il personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento.

Art. 2 - Assicurati

L'assicurazione è prestata a favore di tutto il personale in servizio del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, e si intende valida:

- durante il permanere del rapporto di assistenza con la Contraente e fino alla prima scadenza annuale dell'assicurazione dopo la cessazione del rapporto con l'Amministrazione di appartenenza;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assicurati. La garanzia comprende le prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza di malattia e/o infortuni preesistenti alla stipulazione della polizza (al successivo inserimento in garanzia).

Art. 3 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è operante in caso di malattia e/o infortunio, purché occorso durante l'operatività del contratto, per le seguenti prestazioni:

- Diaria Giornaliera per tutti i tipi di ricoveri in Istituto di Cura pubblico o privato, anche per parto cesareo (escluse le malattie derivanti dalla gravidanza, il parto naturale e il puerperio);
- Prestazioni di alta specializzazione;
- Malattie oncologiche;
- Malattie cardiovascolari;
- Prevenzione;
- Chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva;
- Garanzie aggiuntive, per eventi avvenuti durante lo svolgimento dell'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali.

Art. 4 – Indennità di Ricovero Ospedaliero

Nel caso l'assicurato venga dimesso nella stessa giornata, oppure il giorno successivo venga ricoverato nuovamente, i due eventi verranno considerati come un solo ricovero.

Nel solo caso di dimissione in giornata pre festiva il ricovero successivo dovrà avvenire entro il primo giorno feriale successivo.

In caso di ricovero che comporti il rimborso di prestazioni nell'ambito delle garanzie "Malattie Oncologiche", "Malattie Cardiovascolari", "Grandi Ustioni", "Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici", "Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale", "Rischio nucleare", "Terapia iperbarica", "Terapia fisica e riabilitazione", la diaria verrà erogata in aggiunta al predetto rimborso.

Art. 4.1 - Ricovero con Intervento Chirurgico

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, per l'esecuzione di un intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di € 60 al giorno.

In caso di Day-Surgery/intervento chirurgico ambulatoriale la diaria giornaliera riconosciuta sarà pari a € 40,00

In caso di ricovero a seguito di un "Grande Intervento Chirurgico", intendendosi per tali quelli da elenco allegato n.° 1, la diaria giornaliera riconosciuta è di € 70,00.

La diaria viene erogata per un massimo di 60 giorni per ogni sinistro e verrà riconosciuta oltre il 5° giorno di ricovero, tranne per i casi di "Grande Intervento Chirurgico" dove verrà riconosciuta a partire dal 1° giorno di ricovero e fino ad un massimo di 90 giorni per ogni sinistro.

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto cesareo. Nel caso di ricovero con intervento chirurgico, oltre alla diaria giornaliera, la società provvederà al rimborso integrale delle spese sostenute, fino alla concorrenza di € 3.750,00 per persona e per anno assicurativo, per visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 45 giorni precedenti il ricovero. La società provvederà inoltre al rimborso integrale delle spese sostenute per visite specialistiche, medicazioni, ausili e presidi, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi comprese le cure fango balneo massoterapiche e idropiniche (escluse in

ogni caso le spese di natura alberghiera), la medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico, effettuati nei 45 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in Istituto di cura, nel limite di € 50,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Art. 4.2 - Ricovero senza intervento chirurgico

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day-Hospital, senza effettuazione di intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di € 20,00.

La diaria viene erogata per un massimo di 60 giorni per ogni sinistro e verrà riconosciuta oltre il 3° giorno di ricovero. La giornata di entrata e di uscita sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

La prestazione è limitata al ricovero a seguito di infortuni professionali e infermità/malattie/lesioni dovute a causa di servizio. Si intendono compresi i ricoveri per trattamenti chemioterapici ormonali, immunoterapeutici, citostatici, antiblastici, cobaltoterapici e radioterapici per malattie oncologiche dipendenti da cause di servizio.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in Istituto di cura, nel limite di € 50,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Art. 5 - Alta specializzazione

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraricovero:

- Chemioterapia
- Radioterapia e radiochirurgia a scopo non fisioterapico
- Elettroencefalografia
- Risonanza Magnetica Nucleare anche con liquido di contrasto (*)
- Angio RMN anche con liquido di contrasto (*)
- Scintigrafia (*)
- Ecocardiografia color Doppler (anche transesofagea) (*)
- Tomografia Assiale Computerizzata senza e con mezzo di contrasto (*)
- Tomografia emissione positroni PET (*)
- Mineralometria ossea computerizzata (*)
- Ricerche genetiche per malformazioni, Amniocentesi, Prelievo dei villi coriali e Analisi del cariotipo
- Elettrocardiogramma normale (*)
- Elettrocardiogramma da sforzo (*)
- Elettrocardiogramma Holter (*)
- Ecografia prostatica transrettale (*)
- Ecografia transvaginale (*)
- Ecografia scrotale (*)
- Ecografia vascolare color Doppler dei vasi epiaortici (*)
- Ecografia della tiroide anche color Doppler (*)
- Ecografia dell'apparato locomotore arti superiori ed inferiori anche color Doppler (*)
- Ecografia addome superiore ed inferiore anche color Doppler (*)
- Adroterapia
- Ultrasonografia Ossea quantitativa
- TC Multislice coronarica
- Angiografia di qualsiasi tipo
- Laserterapia non a scopo fisioterapico (in quanto già prevista nella garanzia "Terapia Fisica")

- Esame urodinamico completo
- Elettromiografia

(*) compresa la visita specialistica relativa purché l'esame di diagnostica, anche per immagini e la visita siano effettuati, anche non contestualmente, presso strutture convenzionate.

Nell'ambito della diagnostica per immagini sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, agobiopsia, biopsia, Pap test e relativi esami citodiagnostici).

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza di € 6.700,00 per persona e per anno assicurativo.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia pari a € 30,00.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile pari a € 80,00 per ogni accertamento diagnostico od ogni ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

La garanzia di cui al presente articolo è operante in presenza di prescrizione medica contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Art. 6 - Malattie oncologiche

In caso di neoplasia maligna a carico di un qualunque organo, ivi comprese il mesotelioma o altre neoplasie maligne derivanti dall'attività professionale, la Società riconosce un massimale di almeno € 15.420,00 per persona e per anno assicurativo, per spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, trattamenti psicoterapici, supporto psicologico su prescrizione del medico specialista oncologo o psichiatra, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia e delle sequele tutte nonché le prestazioni di medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico.

In caso di ricovero fuori dalle strutture convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate previa applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile pari a € 1.500,00.

Qualora per le spese extra ospedaliere, l'Assicurato si rivolga a strutture non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate previa applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile pari a € 90,00.

In tutti i casi, in caso di utilizzo delle strutture convenzionate con la società non verrà applicato nessuno scoperto e/o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato compresi quelli del pronto soccorso.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in Istituto di cura, nel limite di € 50,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Art. 7 - Malattie cardiovascolari

In caso di malattia cardiaca comportante:

- ischemia del miocardio in tutte le sue varianti anatomocliniche e fisiopatologiche
- termoablazione o crioablazione transcatetere a cuore aperto o per via percutanea
- by-pass aorto-coronarico
- angioplastica coronarica percutanea senza o con apposizione di stent anche medicati
- tromboendarterectomia carotidea/ trattamento chirurgico delle stenosi carotidee con tromboendarterectomia carotidea o per via percutanea con stent anche medicato
- chirurgia cardiaca valvolare a cuore aperto o per via percutanea

- chirurgia vascolare dell'aorta toracica, aorta addominale ed arterie iliache a cielo aperto o per via percutanea, anche con apposizione di stent medicati o endoprotesi vascolari
- impianto di pacemaker cardiaci (PMK e CRT)
- cardiovertitore-defibrillatori impiantabili

Viene assicurato un massimale per persona e per anno di almeno € 15.420,00 per spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia cardiovascolare.

In caso di ricovero fuori dalle strutture convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate previa applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile pari a € 1.500,00.

Qualora per le spese extra ospedaliere, l'Assicurato si rivolga a strutture non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate previa applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile pari a € 90,00.

In tutti i casi, in caso di utilizzo delle strutture convenzionate con la società non verrà applicato nessuno scoperto e/o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato compresi quelli del pronto soccorso.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in Istituto di cura, nel limite di € 50,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Art. 8 – Prevenzione

La Società garantisce l'effettuazione delle prestazioni di seguito descritte, purché eseguite presso le strutture sanitarie convenzionate con essa (fatta salva l'eventuale offerta tecnica migliorativa inerente la possibilità di effettuare le prestazioni di cui al presente articolo anche presso il Servizio Sanitario Nazionale con rimborso integrale del relativo ticket):

- esame mammografico per le Assicurate che abbiano compiuto il 35° anno di età;
- ecografia mammaria (compresa la visita specialistica associata)
- esame di laboratorio P.S.A., eseguito una volta per anno assicurativo, per gli Assicurati che abbiano compiuto il 50° anno di età;
- endoscopia respiratoria:
 - rinoscopia;
 - faringoscopia;
 - laringoscopia;
 - tracheoscopia;
 - broncoscopia;
- endoscopia dell'apparato urinario;
- endoscopia digestiva:
 - esofagogastroduodenoscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);
 - rettosigmoidocolonscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);
- haemocult (ricerca sangue occulto nelle feci);
- esame citologico delle urine;
- TC spirale e HRCT (tomografia computerizzata ad alta risoluzione).

Nell'ambito della diagnostica per immagini ed endoscopica sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, agobiopsia, esami citodiagnostici con biopsia, escissioni di formazioni sessili o peduncolate, trattamenti curativi TC o Eco guidati).

Art. 9 – Chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva

Limitatamente al Personale operativo del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, viene garantito il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento di chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della funzionalità visiva allo scopo del mantenimento dei requisiti di acuità visiva previsti per l' idoneità al servizio di istituto certificata da medico specialista oculista dipendente di struttura sanitaria pubblica, nonché le spese sostenute correlate all'intervento comprensive degli accertamenti strumentali necessari.

Per il restante personale viene garantito il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento di chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva qualora non sia possibile ottenere una sufficiente acuità visiva con l'uso di adatte lenti (occhiali, lenti corneali) da certificarsi a cura di specialista oculista dipendente di struttura sanitaria pubblica che dovrà evidenziare la motivazione dell'eventuale intolleranza all'uso delle lenti da vista (occhiali, lenti corneali) oppure l'impossibilità di correzione del difetto visivo con l'uso di adatte lenti da vista (occhiali, lenti corneali).

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza di € 900,00 per occhio per il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento nonché le spese sostenute correlate.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di una franchigia di € 600,00.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato compresi quelli del pronto soccorso.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in Istituto di cura, nel limite di € 50,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Art. 10 – Trasporto

Nel caso di ricovero dovuto a "Grande intervento", "Malattia oncologica", "Malattia cardiovascolare", "Grandi ustioni", "Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici", "Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale", "Rischio nucleare", "Terapia iperbarica", la Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura in ambulanza, con unità di terapia intensiva mobile, con aereo di linea, aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei e del bacino del mediterraneo), elisoccorso, treno, vagone letto di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 3.500,00 per ricovero.

Il massimo si intende elevato a € 25.000,00 in caso di utilizzo di aereo sanitario.

Nell'ambito del massimale indicato rientrano in garanzia le spese di viaggio documentate (treno o aereo di linea) sostenute da un eventuale accompagnatore.

Art. 11 – Garanzie Aggiuntive

La copertura comprende le seguenti garanzie aggiuntive operanti per eventi avvenuti durante lo svolgimento dell'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali.

Si precisa che il personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, in regime di distacco sindacale di cui agli accordi collettivi in materia, nell'espletamento delle proprie attività sindacali, è considerato in servizio a tutti gli effetti.

Art. 11.1 – Terapia fisica e riabilitazione

Nell'arco di validità contrattuale, per gli infortuni subiti durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, documentati da certificato di pronto soccorso o da certificazione medica equipollente di medico specialista attinente all'evento o dal medico del comando di appartenenza purché specialista in medicina dello sport, ortopedia, fisioterapia o traumatologia, viene garantito un massimale pari a € 2.500,00 per persona e per anno assicurativo per le prestazioni di terapia fisica e riabilitazione necessarie, così come specificatamente indicate da certificazione medica, fino a 18 mesi dall'infortunio.

Le prestazioni potranno essere effettuate esclusivamente presso strutture sanitarie convenzionate con la Società.

Fermo restando i massimali sopra indicati, in caso di infortuni occorsi al di fuori dell'attività lavorativa, documentati da certificato di pronto soccorso o da certificazione medica equipollente di medico specialista attinente all'evento, che abbiano determinato fratture ossee, vengono riconosciute le prestazioni fisioterapiche rieducative necessarie, così come specificatamente indicate da certificazione medica, eseguite nei 120 giorni successivi all'evento (data di infortunio).

Art. 11.2 - Grandi Ustioni a seguito di infortunio

La Società garantisce il rimborso delle spese mediche che l'Assicurato debba affrontare a causa di incidenti occorsi durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, dai quali derivino ustioni di secondo o di terzo grado che interessino almeno il nove per cento della superficie corporea, ad eccezione delle ustioni di terzo grado che interessino il volto, le mani e gli arti superiori, qualunque sia l'entità della superficie corporea interessata.

Sono pertanto considerati in garanzia gli interventi chirurgici di plastica ricostruttiva, le spese mediche preparatorie all'intervento e quelle successive, farmaci, le protesi, gli ausili ed i presidi sanitari, visite specialistiche ed altre prestazioni mediche necessarie per la cura e il recupero funzionale della parte lesa compresi i trattamenti fisioterapici, riabilitativi, psicoterapici e fango balneo terapeutici (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) o anche esclusivamente per la riparazione estetica.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato compresi quelli del pronto soccorso.

Per tutto quanto sopra elencato viene previsto un massimale pari a € 17.920,00 per persona e per anno assicurativo.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in Istituto di cura, nel limite di € 50,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Art. 11.3 - Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici a seguito di infortunio

Nel caso di infortuni avvenuti durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, purché nell'arco della validità contrattuale, dai quali derivino avvelenamenti, intossicazioni da fumi, gas e vapori, shock e traumi anche psichici, certificati da un Pronto Soccorso, viene riconosciuto all'Assicurato un massimale di almeno € 14.300,00 per persona e per anno assicurativo, per il rimborso delle spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, trattamenti psicoterapici, supporto psicologico su prescrizione del medico specialista psichiatra, farmaci, protesi, gli ausili, i presidi sanitari e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'infortunio o della susseguente eventuale patologia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato compresi quelli del pronto soccorso.

Relativamente ai traumi psichici verrà applicato un sottolimito di spesa pari a € 500,00.

Qualora, l'Assicurato si rivolga a strutture non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate previa applicazione di uno scoperto del 20% .

In caso di utilizzo delle strutture convenzionate con la società non verrà applicato nessuno scoperto e/o franchigia. Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in Istituto di cura, nel limite di € 50,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Art. 11.4 - Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio

Nel caso di infortuni avvenuti durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere,

purché nell'arco della validità contrattuale, che causino la perdita dell'udito anche parziale (*) e/o della vista anche monolaterale, certificata da un Pronto Soccorso, viene riconosciuto all'Assicurato un massimale di almeno € 14.300,00 per persona e per anno assicurativo, per il rimborso delle spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi, gli ausili, i presidi sanitari e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'infortunio o della susseguente eventuale patologia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato compresi quelli del pronto soccorso.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in Istituto di cura, nel limite di € 50,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

(*) La perdita dell'udito dovrà essere corrispondente ai livelli stabiliti dal D.M. (Interno) del 05/02/02 che determinano l'inidoneità al servizio di Istituto (Per perdita uditiva si intende: la sordità monolaterale; le ipoacusie bilaterali con perdita di funzionalità uditiva in dB maggiore di 65 calcolata sulla media delle cinque frequenze fondamentali (500 1000 2000 3000 4000 Hz).

I parametri sopra indicati sono applicati anche al personale SATI.

Art. 11.5 - Rischio nucleare

Nel caso in cui, nell'arco di validità contrattuale, l'Assicurato, nell'espletamento dell'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, venga a contatto, per cause accidentali, con sostanze radioattive e necessari di cure inerenti, viene garantito un massimale di € 17.920,00 per persona e per anno assicurativo, per il rimborso delle spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, gli ausili, i presidi sanitari ed altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'infortunio e della eventuale patologia correlata.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato compresi quelli del pronto soccorso.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in Istituto di cura, nel limite di € 50,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Art. 11.6 - Terapia iperbarica

Nel caso in cui, nell'arco di validità contrattuale, l'operatore subacqueo in servizio venga colpito, per cause accidentali, da malattia da decompressione, che comporti un immediato ricovero e/o trattamento ambulatoriale compreso il regime di day hospital, la Società liquiderà le spese correlate per cure e/o terapie iperbariche sostenute durante il ricovero e le cure e/o terapie iperbariche di mantenimento, nel limite di € 12.750,00 per persona ed anno assicurativo.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in Istituto di cura, nel limite di € 50,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Art. 11.7 - Traumi dentari a seguito di infortunio

Nel caso di infortuni avvenuti durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, certificati da un Pronto Soccorso, purché nell'arco della validità contrattuale, che comportino la necessità di

cure dentarie ricostruttive comprese le applicazioni protesiche di singoli o multipli elementi dentari, vengono rimborsate le spese sostenute nell'ambito di un massimale di € 10.000,00 per persona e per anno assicurativo.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato compresi quelli del pronto soccorso.

Art. 12 - Garanzie accessorie

In Italia i seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di _____ telefonando al numero verde dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 19,30 ed il sabato dalle 8,00 alle 12,00.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 39

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

Condizioni Particolari di Assicurazione

Art.13 - Clausola di partecipazione agli utili

Trascorsi sei mesi dal termine dell'intero periodo assicurativo, inteso come data di cessazione del contratto, al fine di includere nel computo complessivo dei sinistri tutti quelli denunciati tardivamente, la Società redigerà un bilancio consuntivo della polizza nel quale verranno riportati:

- all'attivo: il 70% dei premi netti incassati per la quota di competenza
- al passivo: l'importo dei danni liquidati, l'importo dei danni pendenti o comunque in corso di liquidazione; il 2,5% della somma degli importi liquidati o riservati per spese di liquidazione.

Qualora il rapporto tra sinistri e premi sia inferiore al 100% il saldo attivo risultante tra la percentuale reale riscontrata ed il 100% verrà rimborsata nella misura del 60% alla Contraente. Nel caso di saldo passivo nulla sarà dovuto alla Contraente.

Art. 14 - Delimitazione dell'assicurazione

Sono escluse dal rimborso le spese per:

- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici (salvo quanto previsto dall'art. 11.3);
- la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- il rimborso delle spese relative ad infortuni derivanti da sports aerei, dalla partecipazione a corse, gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) purché non preventivamente autorizzate dall'Amministrazione;
- gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza e negligenza anche grave dell'assicurato stesso.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio, e salvo quanto previsto all'articolo "Malattie oncologiche" e "Malattie cardiovascolari");
- le cure dentarie e delle paradontopatie, nonché le visite e gli esami diagnostici di natura odontoiatrica, e le protesi dentarie (salvo quanto previsto all'articolo "Traumi dentari" e salvo in caso di infortunio comprovato da referto di pronto soccorso pubblico nei limiti di quanto previsto dagli artt. 4, 4-1, 4-2);
- le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici (salvo quanto previsto agli articoli "Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi, anche psichici, a seguito di infortunio", "Grandi Ustioni a seguito di infortunio", "Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio", "Malattie cardiovascolari", "Malattie oncologiche") di ortodonzia o terapeutici;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti (salvo quanto previsto dall'articolo "Rischio nucleare");
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici salvo che si tratti di interventi legati all'attività di servizio.

Art. 15 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

In ogni caso l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi, con obbligo della Società di restituire la parte di premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali.

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di 75 anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla Società nel momento in cui si dovesse verificare.

In ogni caso l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale successiva per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

Art. 16 - Termini di aspettativa

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di stipulazione del contratto.

Gli Assicurati ricoverati presso Istituti di Cura alla predetta data di decorrenza sono assicurati per i giorni di ricovero e per le spese, indennizzabili a termini di polizza, successivi all'effetto del presente contratto.

Art. 17 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 18 - Denuncia dell'infortunio o della malattia alla Centrale Operativa

L'Assicurato o chi per esso per usufruire della struttura convenzionata dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di _____ al numero verde gratuito _____ (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 39 _____) e specificare la prestazione richiesta.

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 al successivo articolo 19.2.

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 all'articolo 19.3.

Art 19 - Criteri di liquidazione

Si precisa che nel caso di uno o più sinistri dipendenti dallo stesso evento (malattia o infortunio) che interessi più prestazioni, la Società rimborserà l'importo massimo, per persona e per anno, indicato nelle singole garanzie salvo l'applicazione di eventuali scoperti e franchigie in esse previste.

19.1 - Liquidazione della garanzia Indennità di Ricovero Ospedaliero

Per ottenere la corresponsione dell'indennità giornaliera prevista in polizza, nonché il rimborso delle spese sostenute nei 45 giorni precedenti e successivi il ricovero con intervento chirurgico l'Assicurato deve inviare direttamente all'Assicuratore il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria utile alla liquidazione del sinistro.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

La Società effettua il pagamento dell'indennità direttamente all'Assicurato entro 25 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della documentazione sanitaria, sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

L'indennità verrà corrisposta in Italia in Euro.

19.2 - 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 il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa (fatture e ricevute) a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extra ricovero l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

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

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità previste al successivo punto 19.3.

In mancanza di struttura convenzionata in prossimità della dimora dell'assicurato, previa autorizzazione della Centrale operativa, tutte le spese verranno liquidate con le modalità previste al successivo punto 19.3, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'assicurato.

19.3 - Sinistri in strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla Società il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra ricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della copia della documentazione di spesa (distinte e ricevute), debitamente quietanzata.

La Società metterà a disposizione degli Assicurati un portale web dedicato tramite cui l'Assicurato potrà effettuare le richieste di rimborso e caricare le copie della documentazione di spesa. Il portale dovrà consentire il caricamento delle copie pdf delle fatture e della documentazione medica, nonché consentire all'Assicurato di verificare lo stato di lavorazione delle pratiche e l'aggiornamento della propria anagrafica compreso l'indicazione dell'Iban su cui effettuare i rimborsi.

In alternativa al canale web la Società metterà a disposizione degli Assicurati un Modulo di richiesta di rimborso a cui saranno allegati i documenti di spesa e i certificati, tutto in fotocopia. Il Modulo verrà inviato tramite posta all'indirizzo indicato dalla Società.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un Ente assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente assistenziale o dal Servizio Sanitario Nazionale. Ovviamente dal rimborso verrà detratto quanto riconosciuto dai suddetti enti.

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 25 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

19.4 - Sinistri nel servizio sanitario nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extra ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assicurato vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente punto "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 25 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.
Il rimborso verrà corrisposto in Italia in Euro.

19.5 - Reportistica sinistri

Al termine di ogni semestre, e comunque entro i 15 giorni solari successivi al termine della semestralità, la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire alla Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della polizza. Tale elenco, che dovrà essere fornito in formato Excel tramite file modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura) e riportare il riepilogo delle prestazioni erogate, dovrà essere conforme alla tabella di cui all'allegato 2.

Resta inteso che tutti i dati relativi ai sinistri, richiesti nel presente paragrafo, dovranno essere trasmessi ufficialmente dalla Società sia in formato elettronico che in formato cartaceo.

Per ciascuna settimana intera di ritardo nella trasmissione della reportistica, la Società corrisponderà alla Contraente una penale pari a euro 1.000,00 (mille/00).

Art. 20 - Pagamento del premio - decorrenza dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio di perfezionamento viene versato dalla Contraente entro 90 giorni dalla data di decorrenza del contratto, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se non vengono pagati i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 40° giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme restando le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del codice civile.

I premi devono essere corrisposti alla Società per il tramite del Broker a cui è affidato il contratto.

Art. 21 - Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, le parti possono conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede presso il capoluogo della Regione dove dimora l'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 22 – Foro competente

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente art. 21 è competente, a scelta della parte attrice, il Foro di residenza o sede del convenuto ovvero quello del luogo ove ha sede la Società Contraente.

Art. 23 – Durata del contratto

L'assicurazione ha durata __ mesi e ha effetto dalle ore 24 del __/__/____(giorno indicato nella comunicazione di aggiudicazione) e scadrà alle ore 24 del __/__/____(giorno indicato nella comunicazione di aggiudicazione), e cesserà automaticamente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta da ambo le parti.

La Società si impegna a concedere, su richiesta del Contraente, una estensione temporanea della presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche fino a un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza, finalizzata all'espletamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova assicurazione, il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga.

E' comunque nella facoltà delle Parti di disdettare la presente assicurazione ogni anno, mediante disdetta da inviare tramite Raccomandata A/R o PEC (posta elettronica certificata) spedita almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza annuale.

Art. 24 - Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato alla Società

Salvo diversa disposizione specificatamente richiamata nei singoli articoli, tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata, fax o posta elettronica.

Art. 25 - Clausola Broker

L'Ente Contraente dichiara di avere affidato la gestione del contratto ad un Broker ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società da atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente stesso. La Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi fatto per il tramite del Broker sopra designato è liberatorio per il Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico.

Art. 26 - Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente per le parti di rispettiva competenza.

Art. 27 - Premio e regolazione

Il premio viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza e frazionato in rate trimestrali.

Il premio è regolato alla fine di ciascun semestre secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.-

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni semestre la Contraente deve fornire alla Società i dati necessari. Le differenze risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi a quello dell'emissione dell'appendice di regolazione relativa.

Se il Contraente non effettua in detti termini la comunicazione dei dati o il pagamento della differenza dovuta, la Società, dietro richiesta, può fissargli un ulteriore termine non superiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, se pagato, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione oppure il pagamento della differenza attiva. In tali casi la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente/Assicurato abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per l'Impresa di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione della polizza.

La Contraente invierà il file relativo agli assicurati in servizio alla decorrenza del contratto ed alle scadenze successive (semestrali e di annualità).

Il mancato inserimento di nominativo nel suddetto file - a seguito di errore/dimenticanza da parte dell'Ufficio del personale competente - non costituirà impedimento alla copertura assicurativa del dipendente del Corpo Nazionale o del Comando Provinciale di Trento qualora per lo stesso venga fornita idonea certificazione di appartenenza al Corpo Nazionale o al Comando Provinciale di Trento (tramite dichiarazione della Contraente o del Comando di appartenenza).

La Contraente si impegna ad esibire alle persone incaricate dalla Società per l'effettuazione di accertamenti e controlli il "*Ruolo del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco*", ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, relativo al contratto posto in essere.

Art. 28 – Inclusioni nel corso dell'anno

Per i neoassunti si conviene tra le parti che la garanzia avrà effetto dal momento dell'assunzione nel Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento.

I relativi nominativi verranno comunicati in sede di regolazione premio.

Ai fini del pagamento del premio resta inteso che:

- se l'inclusione avviene nei primi due trimestri dell'anno assicurativo la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel terzo trimestre dell'anno assicurativo verrà corrisposto il 50% del premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel quarto trimestre dell'anno assicurativo verrà corrisposto il 25 % del premio annuo.

Eventuali esclusioni verranno effettuate mediante restituzione al Contraente del premio annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di esclusione e la prima scadenza utile di polizza, al netto delle imposte.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transtorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollare)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Interventi di enucleazione del globo oculare
- Trapianto corneale a tutto spessore
- Intervento per distacco di retina

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale
- Decompressione della a. vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazioni di spalla, gomito, anca o ginocchio

TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianto ed espianto di tutti gli organi o parte di essi incluso il midollo osseo

REPORT SINISTRI

Andamento sinistri alla data del _____

Polizza n. _____

Anno _____

Tipologia Prestazione	n. sinistri aperti	Liquidato in rete	Liquidato fuori rete
Diaria da Ricovero senza intervento			
Diaria da Ricovero con intervento			
Diaria per Grande Intervento			
Alta Specializzazione			
Malattie Oncologiche			
Malattie Cardiovascolari			
Prevenzione			
Chirurgia refrattiva			
Terapia Fisica			
Grandi Ustioni			
Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici a seguito di infortunio			
Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio			
Rischio nucleare			
Terapia iperbarica			
Traumi dentari a seguito di infortunio			
Altro			