



**GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA TELEMATICA
PER L'APPALTO DEL SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA SANITARIA
PER I DIPENDENTI ISMEA**

CIG 9409603A08

CAPITOLATO - SCHEMA DI POLIZZA

DEFINIZIONE DEI TERMINI UTILIZZATI

ASSICURATO/ASSISTITO	Il SOGGETTO NEL CUI INTERESSE VIENE STIPULATA LA COPERTURA SANITARIA
ASSICURAZIONE	La copertura sanitaria oggetto del presente capitolato/polizza
CONTRAENTE	I.S.M.E.A.
SOCIETA'	La Compagnia di Assicurazione
FRANCHIGIA	La parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'Assicurato.
INDENNIZZO/INDENNITÀ	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
INFORTUNIO	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
ISTITUTO DI CURA	ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna, esclusi comunque stabilimenti termali, istituti per la cura a fini estetici o dietetici, case di convalescenza e di soggiorno o di riposo e cliniche del benessere.
MALATTIA	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
CHECK UP	Accertamento preventivo
MASSIMALE	la somma assicurata che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a liquidare all'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste dal capitolato
POLIZZA	Il documento cartaceo che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.
PREMIO	La somma dovuta dal Contraente alla Società per l'assicurazione.
RICOVERO	La degenza in Istituto di Cura che comporti pernottamento.
RISCHIO	La probabilità del verificarsi del sinistro.
SCOPERTO	la parte del danno rimborsabile, espressa in valore percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
SINISTRO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

ART. 1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

SEZIONE "A"

1. La Compagnia rimborsa all'Assicurato fino alla concorrenza del massimale Assicurato di **€ 65.000,00 per i dipendenti / € 160.000,00 per dirigenti** per anno le spese mediche sostenute in caso di malattie e di infortunio nei casi di:

ricovero reso necessario da malattia o infortunio con o senza intervento chirurgico, parto cesareo o naturale, aborto spontaneo o post-traumatico, aborto terapeutico, intervento chirurgico e gessatura ambulatoriale.

1.a) Nei casi di ricovero con intervento chirurgico reso necessario da malattia infortunio

Rette di degenza, con il massimo di **€ 280,00** al giorno per un massimo 100gg. di ricovero per anno se il ricovero avviene in strutture pubbliche:

- durante il ricovero le spese per:
 - gli onorari del medico, del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento) necessari al recupero dell'autonomia del paziente;
 - accertamenti diagnostici;
 - prestazioni mediche ed infermieristiche;
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi;
 - medicinali e cure;
 - intervento chirurgico di espianto (in caso di trapianto di organo).

1.b) Nei casi di ricovero senza intervento chirurgico reso necessario da malattia infortunio:

Rette di degenza, con il massimo **di € 200,00** al giorno per un massimo 100gg. di ricovero per anno se il ricovero avviene in strutture pubbliche

- durante il ricovero le spese per:
 - gli onorari del medico, del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - accertamenti diagnostici;
 - prestazioni mediche ed infermieristiche;
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi;
 - medicinali e cure.

Inoltre per entrambi i punti 1.a) e 1.b) sono rimborsabili anche le spese sostenute e documentate:

- nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero le spese per:
 - gli accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici nonché cure (anche omeopatiche) effettuati fuori dall'istituto di cura;
- nei 150 giorni successivi alla cessazione del ricovero le spese per:
 - gli accertamenti diagnostici;
 - cure e medicinali (anche omeopatici);
 - prestazioni mediche ed infermieristiche;
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi finalizzati al recupero della salute;
 - cure termali (escluse le spese di natura alberghiera);
 - acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse carrozzelle ortopediche).

Tali spese vengono rimborsate purché effettuate e direttamente conseguenti e connesse all'evento che ha causato il ricovero, con il limite del 10% del massimale assicurato.

2. Trapianti di organi

Nel caso in cui si renda necessario un trapianto di organi a favore dell'Assicurato, le prestazioni di cui sopra si intendono operanti anche per il donatore comprese le rette di degenza, cure, medicinali, assistenza medica ed infermieristica, accertamenti diagnostici pre e post-intervento di espianto.

3. Retta dell'accompagnatore

La Compagnia rimborsa anche le spese per vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera - ove non sussista disponibilità ospedaliera -, per un accompagnatore dell'Assicurato durante il ricovero dello stesso, fino ad un massimo di € 85,00 al giorno.

4. Trasporto dell'Assicurato

In caso di urgenza o di necessità, - sempre a seguito di malattia o infortunio – la Compagnia rimborsa il trasporto dell'Assicurato, in istituto di cura o ospedale, o da un istituto di cura o ospedale ad un altro con i seguenti mezzi:

- ambulanza, treno, aereo anche sanitario, elicottero anche sanitario, sia in Italia che all'Estero fino ad un massimo di € 1.500,00 in Italia e di € 3.000,00 all'Estero. Tali limiti devono intendersi per anno.

Le spese devono essere documentate da fatture, notule o ricevute.

5. Rimpatrio della salma

Qualora a seguito di infortunio o malattia avvenuto all'estero l'Assicurato sia deceduto la Compagnia rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di € 3.000,00.

6. Indennità di convalescenza

In caso di ricovero in istituto di cura che comporti intervento chirurgico con una degenza continuativa superiore a 15 giorni, verrà corrisposta un'indennità pari ad € 100,00 dal giorno dopo la dimissione dall'istituto di cura e per ogni giorno prescritto dai sanitari che hanno avuto in cura l'Assicurato, per un periodo massimo pari ai giorni di durata del ricovero.

7. Indennità sostitutiva

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero in istituto di cura avvalendosi del SSN non abbia sostenuto alcuna spesa (esclusi i tickets), la Compagnia corrisponderà un'indennità giornaliera per ricovero con o senza intervento chirurgico come indicato al punto 1.a) ed 1.b) della presente sezione

Nel caso in cui l'evento che comporti l'operatività della presente prestazione ("Sezione A") abbia inizio entro la data di scadenza del contratto, le garanzie di cui sopra si intendono operanti anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione stessa, ferma restando la somma assicurata per l'annualità in corso.

8. Anticipo Indennizzo

La Compagnia nei casi di ricovero conseguenti, comunque, a infortunio o malattia, su richiesta dell'Assicurato e dietro presentazione di certificazione attestante l'avvenuto ricovero, corrisponderà all'Assicurato un anticipo fino ad un massimale pari al 60% di quanto già pagato. Tale importo sarà conguagliato a cura ultimata o alla presentazione delle fatture, fermo restando il limite della somma garantita.

SEZIONE "B"

9. Extraospedaliere

La Compagnia sempre a seguito di malattia e infortunio, rimborsa all'Assicurato fino alla concorrenza del massimale pari a **€ 2.800,00 per i dipendenti** / **€ 5.500,00 per i dirigenti** come disponibilità massima per anno assicurativo le seguenti prestazioni:

- Ago aspirato
- Angiografia e videoangiografia
- Angiografia digitale
- Amniocentesi
- Artografia
- Broncografia \ Broncoscopia
- Cateterismo Cardiaco
- Clisma Opaco a doppio contrasto
- Colangiografia
- Colonscopia
- Coronografia
- Densitometria Ossea
- Diagnostica Radiologica di alta specializzazione
- Dialisi
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecocolordoppler
- Ecografia
- Ecografia intra-vascolare
- Ecografia Transesofagea
- Ecocardiogramma
- Ecocontrastografia
- Ecodoppler
- Ecotomografia
- Elettrocardiografia
- Elettromiografia
- Endoscopia
- Elettroencefalografia
- Esame Holter
- Esami istopatologici
- Flebografia
- Fluoroangiografia oculare
- Gastrosopia
- Lsterosalpingografia
- Lsteroscopia
- Laserterapia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- M.O.C.
- P.E.T.
- Potenziali evocati
- Radionefrogramma
- Retinografia
- Rettoscopia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Scialografia con contrasto
- Scintigrafia
- T.A.C
- Telecuore
- Uroflussometria
- Urografia

- Villocentesi

Tali prestazioni verranno rimborsate, previa prescrizione medica, e con uno scoperto pari al **20%** con un minimo di **€ 60,00** per prestazione e/o evento.

Per "evento" si intende l'insieme delle prestazioni riconducibili ad unico sinistro. Esempio: se per una distorsione/sinistro/evento è necessario effettuare più prestazioni extraospedaliere, sarà applicata un'unica franchigia a prescindere dal numero delle fatture presentate.

SEZIONE "C"

Rientrano in questa sezione tutte le spese sostenute dall'Assicurato e non rientranti nelle prime due sezioni "A" e "B" per:

10. Altre prestazioni

Sono, inoltre, comprese in garanzia:

- Cure domiciliari ed ambulatoriali;
- Cure dentarie a seguito di infortunio;
- onorari medici per visite specialistiche trattamenti fisioterapici e rieducativi (escluse comunque le visite odontoiatriche ed ortodontiche e pediatriche);
- le terapie mediche;
- acquisto e noleggio di protesi ed apparecchiature sanitarie in genere;
- accertamenti diagnostici, agopuntura ed elettro-agopuntura purché praticati da medici iscritti all'albo;
- analisi ed esami diagnostici e di laboratorio.
-

Tali prestazioni verranno riconosciute - dietro prescrizione medica – alle seguenti condizioni:

- dipendenti: fino ad un massimo di **€ 1.500,00** per anno con uno scoperto pari al **20%** per prestazione o ciclo di cure con un minimo di **€ 80,00** che rimarrà a carico dell'Assicurato.
- Dirigenti: fino ad un massimo di **€ 2.800,00** per anno con uno scoperto pari al **10%** per prestazione o ciclo di cure con un minimo di **€ 60,00** che rimarrà a carico dell'Assicurato.

11. Malattie Oncologiche

La Compagnia rimborsa le spese sostenute e documentate dall'Assicurato, per accertamenti diagnostici, visite specialistiche e relativi onorari medici, cure, trattamenti, terapie e medicinali prescritti dal medico relativi ad affezioni oncologiche, fino alla concorrenza di **€ 20.000,00** per anno assicurativo.

12. Cure Dentarie (Solo per dirigenti)

Sono rimborsate fino ad un massimo di **€ 5.000,00** per anno le cure dentarie (anche conservative), estrazioni ed otturazioni, prestazioni stomatologiche ed odontoiatriche incluse le spese inerenti protesi dentarie ed ortodontiche.

Resta inteso che la prestazione verrà riconosciuta con l'applicazione di uno scoperto del **20%** per prestazione o piano di cure, che resterà a carico dell'Assicurato.

13. Rimborso Lenti e occhiali (Solo per dirigenti)

È previsto il rimborso delle spese relative a:

- Fornitura lenti ed occhiali, compresi lenti a contatto, giustificata da prescrizione medica o da optometrista solo a seguito di modifica visus;
- Acquisto e riparazione di apparecchi acustici;

Tale garanzia verrà riconosciuta fino ad un massimo di **€ 500,00** per anno con l'applicazione di uno scoperto pari al **10%** per prestazione, che rimarrà a carico dell'Assicurato.

14. Assistenza infermieristica domiciliare (Solo per dirigenti)

Qualora l'assicurato a seguito di malattia o infortunio, necessiti di Assistenza infermieristica domiciliare, la Compagnia rimborsa fino alla concorrenza del massimale di **€ 2.500,00** per anno le spese sostenute per l'assistenza purché prestata da personale medico/infermieristico specializzato. Resta fermo che detta prestazione dovrà essere prescritta da medico specialista.

15. Cure termali (Solo per dirigenti)

La Compagnia rimborsa fino alla concorrenza del massimale di **€ 900,00** previsto per anno le spese sostenute per cure termali (escluse comunque le spese di natura alberghiera) purché prescritte da medico specialista, con il limite di € 30,00 al giorno e per massimo 30 giorni per annualità assicurativa.

16. Medicina preventiva

Nelle strutture sanitarie convenzionate e previa richiesta ed autorizzazione della Compagnia di assicurazione, è garantito un check up diagnostico con l'esecuzione degli esami che verranno indicati nella proposta tecnica come da disciplinare di gara.

ART. 2 DECORRENZA DELLA GARANZIA

La garanzia decorre dalle ore 00:00 del giorno 01/01/2023.

ART. 3 PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione si intende prestata a favore degli assicurati, così come definiti alla voce definizioni (dipendenti e dirigenti presso ISMEA).

L'elenco delle persone assicurate dovrà essere riportato nel contratto al momento della stipula della convenzione; si prende atto fra le parti che detto elenco può variare nel corso dell'annualità assicurativa e che l'esclusione degli assicurati ha effetto dalla scadenza del periodo assicurativo in corso in tale momento e che pertanto in tale evenienza l'Assicurato non ha diritto a rimborso.

ART. 4 MODALITA' D'ISCRIZIONE

In caso di inclusioni, la Contraente si impegna entro 30 giorni dalla data di effettiva inclusione, a comunicare alla Compagnia i nominativi e i dati (cognome, nome, data di nascita) del nuovo Assicurato.

Resta inteso che:

- se l'inclusione avviene nel primo semestre sarà dovuto alla Compagnia a titolo di premio l'intera annualità;
- se l'inclusione avviene nel secondo semestre sarà dovuto alla Compagnia a titolo di premio il 60% dell'intera annualità;

Entro 30 giorni dalla data di scadenza di ogni periodo assicurativo la Contraente si impegna a comunicare l'elenco dei dipendenti che varrà quale base di calcolo per il premio della nuova annualità assicurativa.

ART. 5 ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

1. gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
2. eventi derivanti da conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
3. intossicazioni o malattie e infortuni conseguenti ad abuso di alcolici, ad uso di allucinogeni e stupefacenti nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci;
4. chirurgia plastica e scopo estetico e quella stomatologica; è da intendersi garantita quella a scopo ricostruttivo da infortunio o malattie;
5. agopuntura effettuata non da medico specializzato;
6. cure ed interventi per la correzione o eliminazione di difetti fisici preesistenti;
7. le visite, esami ed accertamenti diagnostici eseguiti per il semplice controllo senza l'indicazione di una patologia presunta o accertata;
8. visite psichiatriche e psicoterapeutiche;
9. ricoveri causati da necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare atti elementari della vita quotidiana nonché "Ricoveri di lunga degenza";
10. visite, cure, applicazioni ed interventi di carattere dietologico o estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da intervento demolitivo indennizzati a termini di polizza;

11. le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

ART. 6 PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione non vale per le persone affette da infermità mentale, tossicodipendenza e da alcolismo e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del codice civile. Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

ART. 7 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro l'Assicurato o la Contraente deve darne avviso scritto all'agenzia \ società a cui è assegnata la convenzione entro 6 mesi dalla data di avvenimento.

La denuncia deve essere corredata dalla certificazione medica attestante la malattia e/o l'infortunio, e, a cure ultimate, in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, l'Assicurato dovrà esibire copia della cartella clinica.

L'Assicurato dovrà consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari sciogliendo, a tal fine, dal segreto professionale i medici che hanno visitato e avuto in cura l'Assicurato.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi dovranno darne immediato avviso alla Società e gli adempimenti necessari dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

In caso di Infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile a responsabilità di terzi, l'assistito è obbligato a comunicare alla Società il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale, in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, l'assistito è tenuto a trasmettere alla Società il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il mod. CID compilato e sottoscritto.

ART. 8 CRITERI DI LIQUIDAZIONE

La Compagnia corrisponde i rimborsi all'Assicurato, a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente valide e debitamente quietanzate, nonché da:

- cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (SDO), anche in caso di ricovero in Day Hospital;
- certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie extraospedaliere;
- dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di ricovero extrambulatoriale;
- referto del pronto Soccorso, in caso di infortunio;
- in caso di cure dentarie, le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere comprovato da idonea documentazione (referto Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);
- certificato del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (specificare se si tratta di acquisto prime lenti).

Qualora l'Assicurato si sia avvalso della richiesta di anticipo a termini della presente polizza, la liquidazione del sinistro terrà conto di quanto anticipato dalla compagnia.

Qualora le garanzie di cui alla presente convenzione siano prestate ad integrazione del SSN, la Compagnia rimborsa le spese non corrisposte dal Servizio senza applicazione di franchigie o scoperti.

Successivamente alla liquidazione dei sinistri la Compagnia procederà alla restituzione degli originali delle notule, distinte o ricevute previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in €, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni del SOLE 24 ORE.

La Compagnia si impegna a liquidare i sinistri entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa richiesta.

In caso di mancato rispetto del termine di rimborso la Compagnia corrisponderà all'assicurato l'importo di € 30,00 per ogni giorno lavorativo di ritardo.

ART. 9 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Ferma la facoltà di ricorso ordinario al giudice competente, in caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato a decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il Collegio Medico risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio Medico.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. L'eventuale rifiuto di uno dei medici del Collegio di firmare il verbale deve essere comunque attestato dagli altri medici nel verbale definitivo.

ART. 10 ASSISTENZA DIRETTA

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero, si avvalga di strutture Sanitarie e professionisti convenzionati la Compagnia provvedere a rimborsare direttamente alle Cliniche ed ai professionisti interessati, le spese sostenute dall'Assicurato nel modo seguente:

- 1) utilizzo della Struttura Sanitaria e dell'equipe medica convenzionata, il rimborso è effettuato al 100%;
- 2) utilizzo della struttura Sanitaria convenzionata e dell'equipe medica non convenzionata, il rimborso è effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di **€ 1.000,00** per sinistro. Per i dipendenti dirigenti il rimborso è effettuato al 100%.

ART. 11 ASSISTENZA INDIRETTA

La garanzia è operante previa applicazione di uno scoperto pari al **30%** con minimo di **€ 2.000,00** in caso di ricovero in struttura privata non convenzionata. Detto scoperto non verrà applicato in caso di ricovero in struttura del SSN in reparti solventi (C.D. intramurarie) ed in caso di ricovero in strutture accreditate per la sola parte relativa al trattamento alberghiero. operazioni arbitrali devono essere raccolte in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. L'eventuale rifiuto di uno dei medici del Collegio di firmare il verbale deve essere comunque attestato dagli altri medici nel verbale definitivo.

ART. 12 SERVIZIO PAGAMENTO DIRETTO

La Compagnia garantisce all'Assicurato il pagamento diretto delle spese di ricovero garantite presso gli Istituti di Cura convenzionati con la Compagnia.

Nel caso di ricoveri presso strutture convenzionate, l'Assicurato all'atto della dimissione dall'Istituto di Cura o al termine della prestazione, dovrà corrispondere alla Struttura Sanitaria soltanto l'importo dell'eventuale franchigia/scoperto e eventuali spese extra (es: camera per accompagnatore, scatti telefonici ecc..).

ART. 13 - REPORTISTICA

La Compagnia, su base semestrale, si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico condiviso con il Contraente, il dettaglio dei sinistri aggiornato così articolato:

- a) il numero identificativo attribuito dalla Compagnia;
- b) la data di accadimento dell'evento;
- c) la tipologia di Assicurato (es. dipendente, familiare);
- d) sesso dell'Assicurato
- e) età dell'Assicurato
- f) la garanzia di polizza interessata;
- g) la tipologia di evento (es: ricovero, visita, accertamento diagnostico, cure dentarie...);
- h) nel caso di ricovero, la patologia con indicazione del codice ICD9;
- i) lo stato di trattazione (aperto, chiuso senza seguito, chiuso con pagamento, non in garanzia);
- j) se la prestazione sia stata in rete convenzionata, fuori rete convenzionata, in SSN;
- k) l'importo stimato dell'indennizzo (cosiddetta "riserva" attribuita dalla Compagnia);
- l) l'importo liquidato dalla Compagnia a titolo d'indennizzo;
- m) la data di avvenuto pagamento.

La Compagnia espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa dalla data di apertura del fascicolo del sinistro, fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni attività contrattualmente o legalmente richiesta;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti il suo rapporto contrattuale con la Società, come pure per ogni e qualsiasi effetto od adempimento previsto dalla vigente ed applicabile legislazione. Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. In caso di inadempienza da parte della Compagnia, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 15,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.