

CAPITOLATO PER POLIZZA / CONVENZIONE
SANITARIA PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE SOSTENUTE DAL PERSONALE DIPENDENTE
APPARTENENTE AL CORPO DELLA POLIZIA LOCALE

La presente polizza è stipulata tra il Contraente

Comune di Bologna
Piazza Liber Paradisus n.10
40129 BOLOGNA (BO)
C.F. 01232710374
CIG: 8030409724

e

Compagnia di Assicurazione

Durata del contratto

dalle ore 24.00 del	31.12.2019
alle ore 24.00 del	31.12.2021

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

alle ore 24.00 di	31.12
-------------------	--------------

1. PREMESSA

Il presente capitolato regola la stipula di una Polizza assicurativa/Convenzione sanitaria con il Comune di Bologna (*di seguito denominato **Comune***), relativa al rimborso delle spese mediche sostenute dai propri dipendenti appartenenti al Corpo della Polizia Locale, in relazione alle prestazioni mediche previste dal presente capitolato.

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

2. DURATA DEL CONTRATTO E PAGAMENTO DEL CORRISPETTIVO

I contratti relativi alle prestazioni oggetto del presente capitolato avranno validità di 2 anni con decorrenza dalle ore 24:00 del 31/12/2019 alle ore 24 del 31/12/2021; a tale data il contratto si intenderà cessato senza obbligo di preventiva disdetta.

E' facoltà del Contraente richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione.

La Società si impegna sin d'ora a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo di 6 mesi, decorrenti dalla scadenza. Per tale periodo di proroga alla Società spetterà una quota premio che non potrà essere superiore a 6/12mi del premio annuale. Per il pagamento del relativo premio è operante il termine di rispetto contrattualmente previsto per il pagamento delle rate di premio.

L'assicurazione decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza ed il Comune di Bologna potrà versare il primo corrispettivo entro 90 giorni dalla data di decorrenza del contratto.

3. DEFINIZIONI

Ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Annualità Assicurativa	Il periodo compreso dalle ore 24:00 del 31 dicembre e le ore 24:00 del 31 dicembre di ciascun anno in cui è operante la polizza assicurativa/convenzione sanitaria.
Assicuratore o Società	La Compagnia di Assicurazione che a seguito di aggiudicazione assume il rischio delle prestazioni oggetto del servizio.
Assicurato	La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione, o la convenzione sanitaria, sottoscritto dalla Contraente con l'Assicuratore, in cui è recepito quanto riportato nel presente capitolato.
Assistenza diretta	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso i centri convenzionati con l'Assicuratore senza anticipare la spesa, ma delegando l'Assicuratore al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante.
Assistenza indiretta	Il pagamento da parte della Società all'Assicurato di quanto dovuto a termini di polizza, dietro prestazione delle relative fatture, notule, distinte e ricevute.
Assistenza Infermieristica	L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico titolo di studio.
Beneficiario	Il soggetto o i soggetti ai quali la Società deve liquidare l'indennizzo.
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.
Centrale Operativa	La struttura che provvede alla gestione del circuito di Istituti di cura e medici convenzionati ed al contatto telefonico con l'Assicurato che voglia accedere agli stessi.
Contraente	Cassa Previline Assistance
Associato	Il Comune di Bologna
Day Hospital	La degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno.
Data evento	Per i ricoveri si intende quella in cui avviene il ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in

	cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.
Difetto Fisico	La deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
Dipendente	La persona fisica che intrattiene un rapporto di lavoro con il Comune di Bologna
Documentazione sanitaria	Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).
Fondo Sanitario	Il Fondo Sanitario, o la Cassa di Assistenza Sanitaria, iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009.
Franchigia	Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assicurato. Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Grande Intervento Chirurgico	L'intervento chirurgico ricompreso tra quelli di cui al punto 8 del capitolato.
Indennità Sostitutiva	Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero o day hospital, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero o il day hospital stesso o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post ricovero che verranno comunque rimborsate secondo le modalità ed i limiti specificamente indicati).
Indennizzo	La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento Chirurgico	Intervento terapeutico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici, nonché diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser chirurgico o crioterapia; sono altresì ritenuti interventi chirurgici quelli di urologia interventistica, neurochirurgia interventistica, neuroradiologia interventistica, endochirurgia vascolare interventistica, cardiologia interventistica, interventi con gamma knife (per microchirurgia e radiochirurgia e radioterapia stereotassica).

Intervento Chirurgico Ambulatoriale	La prestazione chirurgica effettuata senza ricovero che, anche se effettuata in sala operatoria, comporta suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia. Sono considerati interventi chirurgici anche l'applicazione/rimozione di gessature e/o immobilizzazioni purché effettuate da medico specialista ortopedico e le terapie sclerosanti, ove effettuati ambulatorialmente.
Intramoenia	Prestazione 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 e 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 o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).
Istituto di cura	L'ospedale pubblico, la clinica o casa di cura privata con sede anche all'estero. Esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, case di riposo.
Lungodegenza	Servizio di degenza destinato ad accogliere persone affette da patologie tali da risentire scarsamente dei trattamenti riabilitativi finalizzati alla ripresa dell'autonomia, ma che necessitano sia di assistenza medica, infermieristica, fisioterapica, finalizzati a ricercare un miglioramento o stabilizzazione della condizione di malattia, che di assistenza nell'esecuzione degli atti quotidiani della vita.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia Oncologica	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta di organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Malformazione	Qualunque alterazione morfologica o funzionale dovuta ad uno sviluppo anomalo
Massimale	La somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso l'assicurato per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.
Network	Rete convenzionata, costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori,

	laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialistici ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.
Nucleo Familiare	Titolare, coniuge, (in alternativa al coniuge, il convivente more uxorio riportato nello stato di famiglia), la parte dell'unione civile, same sex partners, i figli fiscalmente a carico, anche non conviventi,
Pensionato	La persona fisica, già dipendente, che una volta andato in pensione, in continuità di copertura assicurativa e con oneri a proprio carico, fruirà dell'assicurazione.
Personale medico e sanitario	I professionisti convenzionati con l'Assicuratore ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza. Il medico capo-equipe che ha sottoscritto l'accordo di convenzionamento con l'Assicuratore. Se il primo medico/operatore non è convenzionato, di conseguenza l'intera equipe è ritenuta non convenzionata. Altresì se il medico capo-equipe è convenzionato deve provvedere affinché tutti i componenti dell'equipe si attengano alle norme ed alle tariffe di convenzione. In caso contrario, l'intera equipe sarà considerata non convenzionata.
Polizza	Il documento che prova l'Assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal comune di Bologna alla Società a corrispettivo dell'Assicurazione, comprensivo del contributo di adesione alla Cassa di assistenza e tutti gli eventuali oneri fiscali.
Presa in carico	Documento trasmesso dalla centrale operativa alla struttura sanitaria convenzionata in cui vengono indicate le prestazioni indennizzabili.
Responsabile unico del servizio	L'interfaccia unica dell'aggiudicatario nei confronti del Contraente. È una figura dotata di adeguate competenze professionali e di idoneo livello di responsabilità e potere decisionale per la gestione di tutti gli aspetti dell'Appalto.
Ricovero	Permanenza con o senza pernottamento in istituto di cura autorizzato al ricovero e/o al day hospital. Deve essere prescritto da un medico e deve essere motivato da obiettive finalità ed esigenze mediche di eseguire prestazioni terapeutiche (per esempio: chemioterapia o interventi chirurgici) o prestazioni diagnostiche (per esempio biopsie) tali che, per scadute condizioni del paziente (tali da richiedere prestazioni diagnostiche, terapeutiche o di monitoraggio) o per indagnosità o invasività esecutiva delle stesse, non possono essere eseguite al domicilio, né in forma "ambulatoriale". Sono esclusi dalle garanzie di polizza i ricoveri finalizzati all'esecuzione di prestazioni sanitarie terapeutiche e

	diagnostiche eseguibili in forma ambulatoriale.
Rischio	La probabilità che si verifichi un sinistro.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'Indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.
Visita specialistica	La visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata

4. OGGETTO DELLA COPERTURA

Il contratto prevede la stipula di una polizza/convenzione a favore degli Assicurati, come definiti al punto 5 del presente Capitolato e con corrispettivo a carico del Comune e/o degli Assicurati stessi.

Le prestazioni oggetto della presente assicurazione confluiranno all'interno del Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 della Cassa di Assistenza sanitaria che la Compagnia dovrà garantire.

Le relative spese di adesione alla Cassa di Assistenza dovranno essere ricomprese nei premi pattuiti.

L'assicurazione sanitaria potrà essere erogata sia in forma diretta, attraverso il ricorso a strutture e/o medici convenzionati, che in forma indiretta attraverso il rimborso delle spese sanitarie sostenute in conseguenza d'infortunio e malattia nei termini, nella misura e con le modalità indicate dalle norme seguenti.

5. ASSICURATI

Le garanzie di cui al presente Capitolato, sono prestate in forma collettiva a favore dei dipendenti dell'Ente rientranti nel Corpo della Polizia Locale, con costi a carico dell'Ente.

In caso di fine del rapporto di lavoro, l'assicurato rimarrà in copertura fino alla scadenza dell'anno assicurativo.

5.1 Regole di adesione e premi

Le garanzie di polizza sono estendibili, tramite adesione volontaria e pagamento del premio a proprio carico, al personale del corpo della Polizia Locale che andrà in quiescenza nel corso dell'annualità assicurativa.

Si precisa che gli assicurati che andranno in pensione durante l'annualità rimarranno in copertura fino alla prima scadenza annuale. L'adesione sarà consentita al successivo rinnovo previo pagamento del premio a carico dell'assicurato stesso.

CONDIZIONI VALIDE SOLO QUALORA VENGA QUOTATO L'OPZIONE FACOLTATIVA PER ADESIONI VOLONTARIE DI CUI ALLA SCHEDA DI OFFERTA ECONOMICA

In caso di estensione al nucleo familiare i massimali delle prestazioni si intenderanno validi per anno e per nucleo.

Resta inteso che - solo per i soggetti aderenti - le prestazioni di polizza saranno operanti a seguito di malattia e/o infortunio purché occorsi successivamente alla data di adesione

La richiesta di adesione dovrà pervenire al broker entro 45 giorni da ciascuna decorrenza annuale con effetto retroattivo alla data di decorrenza annuale.

In caso di mancato rinnovo annuale dell'adesione, non sarà più possibile aderire in occasione dei successivi rinnovi.

In caso di estensione al nucleo, l'estensione dovrà riguardare tutti i componenti del nucleo.

Le richieste di inclusione di nuovi Assicurati nel corso dell'annualità assicurativa saranno possibili solo nei seguenti casi:

- variazione in corso di anno dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza e nuove nascite;
- neoassunti;

In tali casi la report di adesione dovrà pervenire al broker entro il 30 del mese successivo a quello di variazione dello stato di famiglia o di assunzione, pena la decadenza del diritto.

Contestualmente alla richiesta di adesione dovrà essere inviata la documentazione comprovante il versamento del relativo premio.

La decorrenza della garanzia sarà quella della data di ricezione della domanda.

Ai fini del pagamento del premio resta inteso che:

- se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno assicurativo la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno assicurativo verrà corrisposto il 60% del premio annuo.

Posto che la regola di adesione prevede l'inclusione obbligatoria per tutto il nucleo esistente, in corso d'anno è possibile variare la composizione del nucleo familiare solo a seguito di nascite/adozioni, matrimoni, unioni civili.

6. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

6.1 Limiti di età

L'assicurazione vale fino al compimento del 70° anno di età. Per quelle persone che raggiungono tale limite in corso di contratto, la copertura assicurativa resta valida fino alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso.

6.2 Estensione territoriale

La copertura assicurativa si intende operante nel territorio del Mondo Intero.

6.3 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico della Contraente.

6.4 Altre assicurazioni

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare all'Assicuratore l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo rischio.

6.5 Forma delle comunicazioni

Ad eccezione di quanto previsto nel § - Modalità di invio delle richieste di rimborso, tutte le comunicazioni devono avere forma scritta e devono essere inoltrate con lettera raccomandata, o fax o con posta elettronica.

6.6 Rinuncia al recesso dal contratto

L'Assicuratore in deroga all'art. 1898 del C.C., rinuncia alla facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza del presente contratto.

6.7 Pagamento del premio e decorrenza delle coperture

Il Premio complessivo annuo dovuto dal Comune di Bologna viene corrisposto anticipatamente a titolo di acconto per il periodo di 12 mesi e verrà versato entro 90 giorni dall'inizio dell'annualità assicurativa.

Tale acconto, per ciascuna annualità assicurativa, viene determinato moltiplicando il Premio individuale annuo di aggiudicazione per il numero di Assicurati all'inizio dell'annualità assicurativa.

Nei casi di maturazione del diritto alle prestazioni in un'epoca successiva alla data di inizio della decorrenza del contratto (es. assunzione di un dipendente in corso d'anno), le prestazioni medesime hanno inizio dalle ore 24.00 del giorno in cui il dipendente, avente diritto ad essere assicurato con la presente polizza, entra a far parte della categoria del personale dipendente dell'Ente.

Al termine dell'annualità assicurativa viene determinato il numero di Assicurati che hanno goduto della copertura assicurativa e non erano stati computati nella determinazione dell'Acconto, con le seguenti modalità:

- a) se l'inclusione avviene nel primo semestre di ogni anno, la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo
- b) in caso di inserimento nel secondo semestre, la stessa comporta la corresponsione del 60% del premio annuo.

Entro 90 giorni dalla scadenza dell'annualità assicurativa, la contraente verserà alla Società il premio conguaglio derivante dalle eventuali inclusioni in copertura avvenute durante l'annualità assicurativa.

6.8 - 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.

6.9 – Oneri a carico dell'Assicuratore

Sono a carico dell'Assicuratore, intendendosi remunerati con il corrispettivo contrattuale, tutti gli oneri, i rischi e le spese relativi alla prestazione del servizio assicurativo nonché ad ogni attività che si rendesse necessaria per la prestazione del servizio stesso o, comunque, opportuna per un corretto e

completo adempimento delle obbligazioni previste, ivi compresi quelli relativi ad eventuali spese di trasporto, viaggio e missione per il personale addetto all'esecuzione contrattuale.

6.10 – Modifica delle condizioni di assicurazione

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dal presente capitolato potrà essere introdotta e/o imposta dall'Assicuratore fatte salve le variazioni consentite e disciplinate dagli artt. 310 e 311 del DPR N° 207/2010 in attuazione dell'art. 114 2° comma del D.LGS 163/06.

6.11 – Commissione paritetica

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali e di particolari richieste di rimborso che, per la loro peculiarità, possono essere oggetto di valutazione ad hoc, è demandata ad una apposita Commissione Paritetica Permanente composta da quattro membri dei quali due designati dall'Ente e due dall'Assicuratore.

Alla stessa Commissione è affidato il compito di verificare il comportamento delle parti nell'esecuzione del contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti, di monitorare l'andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi. Potrà inoltre formulare suggerimenti riguardanti modifiche contrattuali atte a migliorarne la gestione.

6.12 – Interpretazione delle garanzie di polizza

Si conviene tra le Parti che verrà data interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

6.13 – Tutela della Privacy

L'Assicuratore e la Cassa di assistenza si impegnano in qualsiasi circostanza, all'osservanza ed al rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/2003 (Codice della Privacy) e s.m.i. e dal Regolamento 2016/679/UE (GDPR) in merito al trattamento dei dati e delle informazioni sensibili relativi agli Assicurati.

A tal fine dichiara di assumere la piena e completa responsabilità, con ciò esonerando l'Ente a tutti gli effetti.

6.14 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto qui non sia diversamente regolato, valgono le norme di legge.

6.15 – Anticipi fuori network

Nel caso di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il versamento di un anticipo all'atto dell'ammissione, il titolare di polizza o - in caso di sua incapacità, anche temporanea - un proprio familiare, potrà richiedere a detto titolo all'Assicuratore una somma massima pari al 65% dell'intera spesa preventivata dall'istituto di cura, purché nei limiti dell'65% della somma massima indennizzabile. Detta richiesta dovrà essere corredata da preventivo scritto da parte della struttura in cui avverrà il ricovero, con indicazione della prestazione sanitaria prevista e del relativo costo.

In ogni caso l'assicurato è tenuto a trasmettere all'Assicuratore le relative fatture comprovanti l'effettiva spesa sostenuta.

6.16 – Rinuncia al diritto di rivalsa

L'Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili.

6.17 - Foro competente

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente Assicurazione, è competente, a scelta del Contraente, il Foro ove ha sede lo stesso oppure l'Assicurato, fatto salvo

quanto previsto dal D.Lgs 28/2010 ss.mm. e ii.. Per le controversie riguardanti l'esecuzione dell'Assicurazione è competente l'autorità giudiziaria del luogo ove ha sede il Contraente, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs 28/2010 ss.mm.ii..

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.

6.18 - Gestione della Polizza – clausola broker

L'Assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla Società Aon SpA in qualità di Broker, ai sensi del D.lgs n. 209/05 e ss.mm.ii.

L'Assicurato e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente Assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente Polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato 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/Assicurato stesso, salvo che per la comunicazione di recesso che dovrà essere effettuata direttamente dalla Società al Contraente e viceversa. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto.

La Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto tramite il Broker e/o tramite la Cassa di assistenza designata e che tale pagamento è da considerarsi liberatorio per l'Ente. La remunerazione del Broker è a carico della Società nella misura del 2% sul premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Resta inteso tra le Parti che ad Aon SpA, Società aggiudicataria dalla gara Broker indetta dal Contraente è affidata la gestione e l'esecuzione della presente Polizza.

6.19 - Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 ss.mm. e ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'Appalto.

Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 9 dell'art. 3 della legge 136/2010. La Società è tenuta al pieno rispetto di quanto previsto dall'Art. 3 della Legge 136/2010 e ss.mm. ii.

In tale caso la risoluzione del contratto non pregiudica comunque le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione di diritto, restando immutato il regolare iter liquidativo.

7. PRESTAZIONI E CONDIZIONI

7.1 – Oggetto dell'assicurazione

Oggetto della presente polizza è l'assicurazione del Rimborso delle Spese Sanitarie sostenute dagli assicurati a seguito di infortunio o malattia, fino a concorrenza dei massimali e/o delle somme assicurate e con i limiti previsti in calce al capitolato nella Tabella Prestazioni in calce al presente capitolato e relativamente alle prestazioni di seguito elencate:

AREA RICOVERO

Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia o infortunio, con intervento chirurgico, anche Grande Intervento:

Il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato nel caso di ricoveri in Istituti di Cura, pubblici o privati.

Rientrano in questa garanzia:

a) visite specialistiche, accertamenti diagnostici compresi onorari medici effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura nei giorni precedenti al ricovero;

b) rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente);

c) gli onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento risultante dal referto operatorio, i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi e apparecchi terapeutici;

d) accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica e infermieristica, cure sostenute durante il periodo del ricovero;

e) esami, prestazioni mediche, medicinali, cure termali (ad esclusione delle spese alberghiere) sostenute nei giorni successivi al termine del ricovero o alla data dell'intervento ambulatoriale, conseguenti all'evento considerato;

f) trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero e nei giorni successivi al termine del ricovero stesso o alla data dell'intervento ambulatoriale purché conseguenti all'evento considerato ed effettuati e fatturati esclusivamente dall'istituto di Cura, da uno studio medico o da un medico specialista.

Le prestazioni devono essere obbligatoriamente prescritte da personale medico specialista;

g) assistenza infermieristica a domicilio nei giorni successivi al ricovero.

Sono compresi tra gli interventi chirurgici:

h) - Parto cesareo e aborto terapeutico

i) - Interventi in regime di Day Hospital

l) - Interventi Ambulatoriali

Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia o infortunio, senza intervento chirurgico:

a) visite specialistiche, accertamenti diagnostici compresi onorari medici effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura nei giorni precedenti al ricovero;

b) rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente);

c) accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica e infermieristica, cure sostenute durante il periodo del ricovero;

d) visite specialistiche, accertamenti diagnostici, compresi onorari medici sostenuti nei giorni successivi al ricovero;

e) Parto Fisiologico;

f) Day Hospital, comprese terapie mediche, visite ed accertamenti diagnostici, medicinali, pertinenti a malattia e infortunio;

g) assistenza infermieristica a domicilio a seguito di ricovero superiore a 7 giorni, purché prescritta dal medico ospedaliero e/o curante ed entro 15 giorni dalla dimissione.

Prestazioni Integrative delle garanzie “1” e “2”:

3.a) Le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il **trasporto** dell'Assicurato a/da istituto di cura o ospedale e da un istituto di cura o ospedale ad un altro con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza, in Italia ed all'estero;

3.b) Le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il vitto ed il pernottamento in Italia o all'estero in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un **accompagnatore** dell'Assicurato;

3.c) Qualora le spese inerenti l'evento che ha causato il ricovero stesso siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, le garanzie previste ai precedenti punti 1) e 2), si intendono sostituite dalla corresponsione di una **indennità** per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento);

3.d) Oltre alla corresponsione della diaria sostitutiva delle spese per ricovero – di cui al punto precedente - l'Assicurazione copre anche le spese, debitamente documentate sostenute e nei limiti indicati in polizza, a titolo di:

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici, compresi onorari medici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- esami, prestazioni mediche, medicinali, cure termali (escluse le spese alberghiere) sostenute nei 90 giorni successivi al termine del ricovero sempreché conseguenti all'evento considerato;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 30 giorni successivi al termine del ricovero sempreché conseguenti all'evento considerato, nonché effettuati e fatturati dall'Istituto di cura, da uno studio medico o da medico specialista. Le prestazioni devono essere obbligatoriamente prescritte da personale medico specialista.

AREA FUORI RICOVERO

VISITE SPECIALISTICHE

Onorari dei medici per visite e prestazioni specialistiche, fatturati dall'Istituto di cura, da uno studio medico o da medico specialista. Analisi di laboratorio ed esami diagnostici (ivi compresi gli onorari medici). Si intendono escluse le visite odontoiatriche ed ortodontiche.

ALTA DIAGNOSTICA

La Società rimborserà:

Diagnostica di Alta Specializzazione

Angiografia digitale

Artrografia

Broncografia

Cistografia

Colangiografia
Colangiografia percutanea
Colecistografia
Coronarografia
Dacriocistografia
Fistolografia
Flebografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Retinografia
Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
Scialografia
Scintigrafia
Splenoportografia
Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
Urografia
Vesciculodeferentografia.

Terapie attinenti patologie oncologiche

Chemioterapia
Cobaltoterapia
Radioterapia.

Terapie

Dialisi
Laserterapia antalgica (terapia fisica)

Endoscopia non comportanti biopsia

Broncoscopia
Colonscopia
Duodenoscopia
Esofagoscopia
Gastroscopia
Rettoscopia
Elettrocardiografia
Telecuore
Doppler
Elettroencefalografia
Diagnostica radiologica
Ecografia
PET
Endoscopia
Ecocardiografia

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

trattamenti fisioterapici e rieducativi a seguito di malattia o infortunio (anche massofisioterapista, osteopata e chiropratico, purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo); noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici;

CURE DENTARIE

onorari dei medici per visite e prestazioni specialistiche per cure dentarie, ortodontiche e paradontali. La garanzia è fruibile solo presso strutture convenzionate con la Compagnia.

Visita e ablazione del tartaro sono consentite solo 1 volta all'anno. (in caso di estensione al nucleo, il limite di 1 visita e ablazione si applica ad ogni persona del nucleo)

MEDICINA PREVENTIVA

Medicina Preventiva: n. 3 visite specialistiche a scelta esclusivamente presso strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, con relativo accertamento diagnostico a scopo preventivo, rimborsabili senza prescrizione medica.

A titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Visita ginecologica con pap test
- Visita dermatologica con mappatura nei
- Visita senologica con eco mammaria

Prestazioni erogate dal SSN in ambito di strutture intramoenia

Le prestazioni connesse con ricoveri, con prestazioni di medici e/o di tipo specialistico extraospedaliero, erogate dal SSN in ambito di strutture Intramoenia al di fuori delle convenzioni con il Network, sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni private e pertanto sono soggette alle relative franchigie e scoperti previsti per le prestazioni private.

7.2 - Rischi esclusi

La copertura assicurativa non comprende le spese per:

- a) la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- b) le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per i neonati (fino al compimento del 3° anno di età) e per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio o da malattia oncologica;
- c) le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quella infermieristica se prevista;
- d) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi;
- e) la cura delle conseguenze di infortuni sofferti alla guida di veicoli, per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sport aerei e motoristici in genere;
- f) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- g) tutte le procedure, accertamenti ed interventi finalizzati alla fecondazione assistita;
- h) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo;
- j) le conseguenze sofferte a causa di guerra dichiarata e non dichiarata, insurrezione generale, occupazione militare, invasione;
- k) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;

l) lungodegenze, intese quali ricoveri connessi a condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

7.3 - Liquidazione dei rimborsi/indennizzi.

La copertura dei sinistri può avvenire nelle seguenti due modalità:

7.3.1 Assistenza Diretta

La Società provvede al pagamento diretto delle prestazioni ricevute dall'Assicurato a termini e limiti di Polizza presso le strutture convenzionate appartenenti al Network, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o prestazioni non garantite che rimangono a carico dell'Assicurato. Qualora l'Assicurato fosse autorizzato a ricevere una prestazione presso Struttura Convenzionata con il Network, ma l'équipe medica non lo fosse, con riferimento agli importi relativi alla struttura la Società provvederà al relativo pagamento diretto; con riferimento invece agli onorari dell'équipe non convenzionata, troverà applicazione quanto previsto al successivo punto 7.3.2 per l'assistenza indiretta.

Alle prestazioni erogate in assistenza diretta non si applicano scoperti.

La Compagnia metterà a disposizione dell'Assicurato una Centrale operativa con numero verde operativo 24 ore su 24, 365 giorni all'anno.

7.3.2 Assistenza indiretta (regime rimborsuale)

L'Assicuratore, ricevuta direttamente dagli Assicurati la documentazione delle ricevute, fatture, note di spesa, certificati medici di diagnosi e prescrizione, cartelle cliniche e quanto altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri, effettua le opportune verifiche e accredita quanto dovuto a termini di polizza sul conto corrente dell'assicurato, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione. La documentazione di spesa sarà fornita in copia.

Ogni anno, in sede di prima richiesta di rimborso o di segnalazione preventiva, relativa al convivente o al figlio non fiscalmente a carico, sia per l'assistenza diretta che indiretta, l'Assicuratore potrà richiedere copia dello stato di famiglia. Nel caso di coniuge non convivente non risultante nello stato di famiglia potrà richiedere il certificato di matrimonio.

Qualora un Assicurato risulti già assicurato per le spese sanitarie anche presso un altro Assicuratore, la presente assicurazione opererà in via integrativa. Resta fermo che il rimborso complessivamente erogabile non potrà superare il 100% della spesa sostenuta. A tale scopo l'Assicurato dovrà presentare la documentazione di spesa unitamente al foglio di liquidazione dell'altro Assicuratore.

7.3.3 Modalità di invio delle richieste di rimborso

L'Assicurato potrà richiedere il rimborso tramite modalità on line oppure in alternativa tramite modalità cartacea. L'Assicuratore 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 l'Assicuratore metterà a disposizione degli Assicurati un Modulo di richiesta di rimborso a cui saranno allegati i documenti di spesa e i certificati in fotocopia. Il Modulo verrà inviato tramite posta all'indirizzo indicato dalla Società.

7.3.4 Reportistica sinistri

Al termine di ogni semestre, e comunque entro i 30 giorni solari successivi al termine del semestre, l'Assicuratore, 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 4” riportata in allegato.

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

Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire al Contraente di chiedere e di ottenere un

Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della Polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

La Società si impegna a trasmettere l’aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 30 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica del Contraente e/o dal Broker.

8 - ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Si considerano " Grandi Interventi Chirurgici" quelli di seguito indicati.

Cardiologia

Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
Sostituzione valvolare singola o multipla.
Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

Chirurgia Vascolare

Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
Tromboendarteriectomia aorto-iliaca.

Neurochirurgia

Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
Rizotomia chirurgica intracranica.
Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili.

Chirurgia Toracica

Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
Resezione bronchiale con reimpianto.
Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
Interventi sul mediastino per tumori.
Asportazione totale del timo.

Chirurgia Generale

Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
Esofagectomia totale.
Gastrectomia totale con linfadenectomia.
Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.

Pancreaticoduodenectomia radicale.

Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.

Colectomia totale con linfadenectomia.

Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

Chirurgia Pediatrica

Asportazione tumore di Wilms.

Atresia dell'esofago.

Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.

Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.

Fistola congenita dell'esofago.

Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.

Interventi per megauretere.

Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).

Spina bifida: mielomeningocele.

Chirurgia Ginecologica

Eviscerazione pelvica.

Vulvectomy allargata con linfadenectomia.

Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni.

Chirurgia Ortopedica

Artroprotesi totale di anca.

Artroprotesi totale di ginocchio

Artrodesi vertebrali per via anteriore.

Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.

Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.

Laringectomia totale, laringofaringectomia.

Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

Chirurgia Urologica

Nefrectomia allargata per tumore.

Nefro-ureterectomia totale.

Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.

Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.

Surrenalectomia.

Trapianti d'organo

Tutti.

TABELLA PRESTAZIONI

Massimali, Limiti, Franchigie e Scoperti per anno e per nucleo familiare

<i>DESCRIZIONE GARANZIA</i>		<i>MASSIMALI ANNO NUCLEO</i>
		<i>SCOPERTI / FRANCHIGIE</i>
AREA RICOVERO		
AREA RICOVERO	Ricovero con intervento chirurgico in Istituto di Cura e/o in Ambulatorio	Euro 50.000 Network: nessuno scoperto Fuori Network: scoperto 20% Parto Cesareo: sottolimito Euro 7.000
	Grandi Interventi Chirurgici	Euro 100.000 Network: nessuno scoperto Fuori Network: scoperto 20%
	Ricovero senza intervento chirurgico in Istituto di Cura e/o in Ambulatorio	€ 50.000 <u>Network</u> : nessuno scoperto <u>Fuori Network</u> : scoperto 20% Parto Naturale: sottolimito Euro 2.500
	Limite temporale precedente il ricovero	90 giorni
	Limite temporale successivo al ricovero	90 giorni – limitato a 30 per i trattamenti fisioterapici
	Trasporto Assicurato	Sottolimito di € 1.000
	Assistenza infermieristica	50 euro al giorno max 3 giorni
	Accompagnatore	€ 500 max 50 giorni
Indennità sostitutiva giornaliera e limite temporale	€ 80/giorno, max 100 giorni	

<i>DESCRIZIONE GARANZIA</i>		<i>MASSIMALI ANNO NUCLEO SCOPERTI / FRANCHIGIE</i>
AREA FUORI RICOVERO		
AREA EXTRA-RICOVERO	Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici Escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche	Euro 1.500 <u>Network</u> Franchigia € 35 <u>Fuori Network</u> Scoperto 20 % con il minimo di euro € 50 <u>SSN</u> Ticket rimborsabili al 100% senza franchigie e scoperti.
	Alta Specializzazione	Euro 5.000 <u>Network</u> Franchigia € 30 <u>Fuori Network</u> Scoperto 10 % con il minimo di euro € 50 <u>SSN</u> Ticket rimborsabili al 100% senza franchigie e scoperti.
	Trattamenti fisioterapici	Euro 500 <u>Network</u> nessuno scoperto <u>Fuori Network</u> Scoperto 25 % con il minimo di euro € 50 <u>SSN</u> Ticket rimborsabili al 100% senza franchigie e scoperti.
	Cure dentarie (4.f) Visita e ablazione solo in rete una volta all'anno.	Euro 500 <u>Network</u> 100% <u>SSN</u> Ticket rimborsabili al 100% senza franchigie e scoperti.
	Medicina preventiva (4.g)	

	Assistenza (in Italia) Consulenza sanitaria telefonica anche di alta specializzazione, servizio di guardia medica permanente, invio ambulanza, consegna esiti a domicilio, invio medicinali a domicilio, gestione appuntamento, second opinion	Costi effettivi
--	--	------------------------

TABELLA 4 - REPORT SINISTRI

Andamento sinistri alla data del _____

Polizza n. _____

Pacchetto _____

Anno _____

Tipologia Prestazione	n. sinistri aperti	Importo richiesto	Importo liquidato
Ricovero con intervento in assistenza diretta			
Ricovero con intervento in assistenza indiretta			
Ricovero senza intervento in assistenza diretta			
Ricovero senza intervento in assistenza indiretta			
Diaria sostitutiva			
Prestazioni integrative del ricovero in assistenza diretta			
Prestazioni integrative del ricovero in assistenza indiretta			
Protesi			
Lenti e occhiali			
Ticket			
Cure dentarie			
Altro			

=====