



**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO ASSICURATIVO POLIZZA
SANITARIA**

CAPITOLATO TECNICO

Sommario

DEFINIZIONI	4
SEZIONE I NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	7
ART. 1. SOGGETTI AVENTI DIRITTO AL SERVIZIO	7
ART. 2. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	7
Art. 3. PROVA E MODIFICHE DEL CONTRATTO	7
ART. 4. DURATA DEL CONTRATTO – RINNOVO - PROROGA	8
ART. 5. PREMIO ANNUO	8
ART. 6. PAGAMENTI	10
ART. 7. FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETA' E VICEVERSA	11
ART. 8. TUTELA DELLA PRIVACY – TRATTAMENTO DEI DATI.....	11
ART. 9. FORO COMPETENTE	11
ART. 10. ONERI FISCALI.....	11
ART. 11. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	12
ART. 12. CLAUSOLA BROKER	12
ART. 13. ALTRE ASSICURAZIONI	12
ART. 14. OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO	12
ART. 15. CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA	13
ART. 16. RINUNCIA ALLA RIVALSA.....	13
ART. 17. INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO	14
ART. 18. VALIDITA' TERRITORIALE	14
SEZIONE II NORME PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE.....	15
ART. 1 OGGETTO DELL'APPALTO E CARATTERISTICHE GENERALI.....	15
ART. 2. PRESCRIZIONI MINIME RICHIESTE ALLA SOCIETA'	16
ART. 3. PRESTAZIONI.....	16
GARANZIE BASE:.....	17
GARANZIE AGGIUNTIVE:	25
ART. 4.CASI DI NON OPERATIVITÀ DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	27
ART. 5.LIMITI DI ETA'	29
ART. 6. GESTIONE DEI SINISTRI E MODALITA' DI LIQUIDAZIONE.....	29
ART. 7. INFORMATIVE SUI RAPPORTI CON L'ASSICURATO.....	29
ART. 8. INFORMATIVA DEDICATA AL SERVIZIO	30

ART. 9. MODALITA' DI ESTENSIONE - NUOVI INSERIMENTI - ADESIONI ALLE GARANZIE AGGIUNTIVE - MODALITA' DI RACCOLTA DELLE ADESIONI	30
ART. 10. SERVIZI DI CONSULENZA - CALL CENTER -	32
ART. 11. CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA – ARBITRATO IRRITUALE.....	33
Allegato 1	34
Allegato 2	37
PIANO BASE.....	38
PIANO FACOLTATIVO.....	40

DEFINIZIONI

Contraente	La Cassa Previne Assistance o altra Cassa purché regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi ex DM 27/10/2009.
Società/Impresa	L'aggiudicatario dalla procedura che assume il rischio delle prestazioni oggetto del contratto
Cassa	Il soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi
Amministrazione contraente e/o Ente contraente associato in gruppo di acquisto GdA.	L'Ente appartenente al Gruppo di Acquisto per il quale è stipulato il contratto
Assicurato	La persona fisica beneficiaria delle prestazioni garantite dal contratto
Struttura sanitaria	Ospedali, Istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza sanitaria. Non sono considerate Strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le residenze sanitarie assistenziali, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;
Équipe operatoria	Il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento;
Certificato di polizza	Il documento che stabilisce i termini di operatività della singola copertura assicurativa
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili

Nucleo familiare	L'Assicurato dell'Ente Associato alla Cassa nonché il rispettivo coniuge, il convivente more uxorio, i figli, same-sex partner, tutti risultanti dallo stato di famiglia
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società
Indennizzo/Rimborso	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
Ricovero	Degenza in struttura sanitaria comportante almeno un pernottamento
Intervento ambulatoriale	Prestazione chirurgica, effettuata senza ricovero anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, agoaspirato, infiltrazioni articolari
Visita specialistica	La visita effettuata da medico specialista iscritto all'albo dei medici
Massimale per nucleo familiare	La disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per tutti i componenti il medesimo nucleo familiare che fa capo all'Assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che diano diritto al rimborso nell'anno assicurativo
Franchigia	L'importo predeterminato in misura fissa, che, in caso di sinistro secondo modalità precisate nel capitolato, resta a carico dell'Assistito
Scoperto	L'importo espresso in valore percentuale che, in caso di sinistro secondo le modalità precisate nel capitolato, resta a carico dell'Assistito
Network	La rete convenzionata costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti ed odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta

Centro convenzionato	Istituto di Cura (centro) che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti, in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto nel presente capitolato, direttamente dal Fornitore, al netto di eventuali franchigie o scoperti
Assistenza diretta	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso il network della Società senza anticipare la spesa, ma delegando la Società al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante

SEZIONE I NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1. SOGGETTI AVENTI DIRITTO AL SERVIZIO

Il servizio è prestato in favore dei dipendenti, ripartiti tra le Amministrazioni contraenti di cui al Gruppo di Acquisto (GdA), costituito per la gara, come di seguito indicato:

1. REGIONE EMILIA-ROMAGNA;
2. ERGO Azienda Regionale per il diritto agli studi superiori;
3. CONSORZIO FITOSANITARIO PIACENZA;
4. CONSORZIO FITOSANITARIO PARMA;
5. CONSORZIO FITOSANITARIO MODENA;
6. AGENZIA REGIONALE PER IL LAVORO EMILIA-ROMAGNA;
7. AGENZIA INTERREGIONALE FIUME PO - AIPO

L'elenco degli assistiti verrà fornito dalle Amministrazioni contraenti su supporto informatico all'atto dell'emissione dell'Ordinativo di Fornitura.

Le Amministrazioni contraenti, potranno, nel corso di vigenza del contratto, includere solo ed esclusivamente il nuovo personale che prende servizio presso l'Ente contraente nel corso dell'anno ed escludere il personale non più in servizio; il nuovo assistito potrà usufruire del servizio dalle ore 24.00 del giorno in cui l'Amministrazione contraente invierà la comunicazione di inclusione alla Società, anche tramite posta elettronica. La comunicazione deve essere inviata entro 30 giorni dall'assunzione dell'assicurato o della sua presa di servizio.

Nel caso di esclusioni di assistiti nel corso di vigenza del contratto il servizio cesserà a far data dalla prima scadenza annuale.

ART. 2. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.).

Art. 3. PROVA E MODIFICHE DEL CONTRATTO

Sul contratto o su qualsiasi altro documento che concede la copertura deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale dell'impresa assicuratrice che concede la copertura assicurativa.

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

ART. 4. DURATA DEL CONTRATTO – RINNOVO - PROROGA

La Convenzione ha durata di 24 mesi, a decorrere dalla data di sottoscrizione della stessa.

Gli Ordinativi di fornitura emessi dalle singole Amministrazioni contraenti avranno decorrenza non prima delle ore 24.00 del 31° giorno successivo alla stipulazione della Convenzione fino allo stesso giorno di due anni successivi.

La Regione per conto delle Amministrazioni contraenti può richiedere il rinnovo per un'ulteriore annualità dei singoli Ordinativi di Fornitura, e la Società si impegna a concederlo alle medesime condizioni normo-economiche in vigore. La compagnia emette un'appendice con la quale, fermo restando tutte le condizioni in vigore, ridetermina la scadenza del contratto e il valore complessivo del premio. In occasione del rinnovo del contratto sarà rideterminata la popolazione degli assicurati alle garanzie "aggiuntive" o "facoltative" mediante nuovo censimento da effettuarsi a cura della compagnia.

Entro la scadenza del terzo anno assicurativo è facoltà della Regione richiedere un ulteriore rinnovo di 1 anno ed è facoltà della Società di concederlo.

Nel caso in cui la Società non conceda quest'ultimo rinnovo si impegna a concedere una proroga di 6 mesi al fine di consentire all'Ente di espletare una nuova procedura di gara, secondo le indicazioni contenute nella Convenzione.

ART. 5. PREMIO ANNUO

Il premio annuo è pari a quanto determinato sulla base dei seguenti parametri

Associato	Numero soggetti assicurati	Premio annuo pro-capite lordo €	Premio complessivo annuo lordo €
Regione Emilia-Romagna	3257		

ERGO Azienda Regionale per il diritto agli studi superiori	143		
Consorzio Fitosanitario Piacenza	6		
Consorzio Fitosanitario Parma	4		
Consorzio Fitosanitario Modena	7		
AGENZIA REGIONALE PER IL LAVORO EMILIA-ROMAGNA	571		
AIPO - AGENZIA INTERREGIONALE FIUME PO	318		

L'importo viene calcolato sulla base del premio annuale per le "GARANZIE BASE", moltiplicato per il numero totale di dipendenti aventi diritto alla data di stipulazione e riparametrato alla scadenza di ogni annualità assicurativa.

ART. 6. PAGAMENTI

Il pagamento dei contributi per i dipendenti (quota a carico delle Amministrazioni contraenti) sarà effettuato anticipatamente, con cadenza semestrale. Il primo acconto sarà erogato entro 60 giorni dall'emissione dell'Ordinativo di Fornitura. L'ammontare annuale dei premi per tutte le adesioni integrative volontarie sarà corrisposto dagli Associati riuniti in Gruppo d'acquisto in due versamenti semestrali posticipati, con conguaglio dei premi relativi a tutte le nuove adesioni intervenute nel corso dell'anno al secondo versamento.

Le Amministrazioni contraenti in fase di liquidazione opereranno sull'importo imponibile dei premi una ritenuta pari allo 0,50 per cento. Tale ritenuta potrà essere svincolata soltanto alla scadenza della polizza assicurativa, previa verifica di conformità delle prestazioni e rilascio del documento unico di regolarità contributiva.

Per la regolazione dei premi relativi ai dipendenti neoassunti ai fini del pagamento del corrispettivo e del relativo conguaglio resta comunque inteso che:

1. nel caso di **inclusioni**

- a) se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno di durata del servizio, la stessa comporta la corresponsione dell'intero corrispettivo annuo;
- b) se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno di durata del servizio, verrà corrisposto il 50% (cinquanta per cento) del corrispettivo annuo.

Tale previsione si intende valida solo per la garanzia base a carico delle singole Amministrazioni.

Per quanto invece concerne il conteggio del premio per l'inclusione in copertura di famigliari, a seguito esclusivamente della variazione del nucleo familiare, il premio verrà conteggiato il rateo in ragione di 360esimi.

2. **le esclusioni** dalla copertura non daranno luogo a rimborsi di premio. La Società si obbliga - nei confronti dei soggetti che cessano dal servizio - a garantire le prestazioni assicurate fino alla fine dell'annualità assicurativa in corso.

Le variazioni della consistenza della popolazione complessiva degli assicurati alla polizza base comporterà ad ogni scadenza annuale la riparametrazione del premio sulla base degli effettivi aventi diritto.

Tutte le variazioni di premio dovute per l'effetto di nuovi ingressi o uscite dalla popolazione assicurata, verranno conguagliate in un'unica soluzione in occasione della scadenza di ciascuna annualità assicurativa del servizio; il pagamento del premio dovrà essere effettuato entro i 90 successivi all'emissione del documento riepilogativo da parte della Società.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del DPR 602/1973 ss.mm.ii. la Società dà atto che:

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Resta tuttavia espressamente inteso che in nessun caso, ivi compreso il caso di ritardi nei pagamenti dei corrispettivi dovuti, la Società potrà sospendere il servizio. Qualora la Società si rendesse inadempiente a tale obbligo, l'Ordinativo di Fornitura e/o la Convenzione si potranno risolvere di diritto mediante semplice ed unilaterale dichiarazione da comunicarsi con lettera raccomandata a/r, rispettivamente dalle Amministrazioni Contraenti.

ART. 7. FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETA' E VICEVERSA

Tutte le comunicazioni alle quali le Parti sono tenute devono essere fatte per iscritto, con lettera raccomandata, fax, posta elettronica, posta elettronica certificata in firma digitale, o altro mezzo idoneo, indirizzate al Broker.

ART. 8. TUTELA DELLA PRIVACY – TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del Regolamento U.E. n. 679/2016 ss. mm. e ii., nonché del D.lgs. 30/06/2003 n. 196, laddove non in contrasto con il Regolamento e del Garante per la Protezione dei Dati Personali 26.4.2007, si informa che i dati verranno trattati senza finalità eccedente l'oggetto della presente polizza e nel rispetto della riservatezza e segretezza delle persone fisiche e giuridiche.

ART. 9. FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo ove ha sede l'Ente Associato, fatto salvo quanto previsto dal Dlgs 28/2010 ss.mm.ii.

ART. 10. ONERI FISCALI

Le imposte e tutti i relativi oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

ART. 11. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è regolato dalla polizza valgono le norme di Legge.

ART. 12. CLAUSOLA BROKER

Le Amministrazioni contraenti dichiarano di aver affidato la gestione della presente polizza ad AON S.p.A in qualità di Broker, ai sensi del D.lgs n. 209/05 e ss.mm.ii.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, le Amministrazioni Contraenti danno atto che ogni comunicazione fatta dagli stessi al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dall'Associato stesso.

Ai sensi di Legge, la Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi fatto tramite il Broker o la Cassa designata sia liberatorio per l'Associato/Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. L'opera del Broker è remunerata, in conformità alla prassi di mercato, dall'Assicuratore aggiudicatario nella misura del 6% del premio imponibile. Prende altresì atto che non appena scadrà il contratto di brokeraggio assicurativo stipulato dall'Associato con il sopra citato Broker, l'Associato comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del servizio.

ART. 13. ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato non è tenuto a comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni direttamente stipulate per lo stesso rischio.

ART. 14. OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

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 e dettagliato per ogni polizza.

Resta inteso che tutti i dati relativi ai sinistri, richiesti nel presente paragrafo, dovranno essere trasmessi ufficialmente dalla Società in formato elettronico. Per ogni giorno di ritardo, rispetto ai 15 giorni solari successivi al termine della semestralità, verrà applicata una penale nella misura dell'1% dell'importo mensile della polizza (importo annuale/12).

ART. 15. CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA

La Società, per l'intera durata degli Ordinativi di Fornitura emessi in dipendenza della Convenzione, deve mettere a disposizione delle Amministrazioni contraenti una Cassa di Assistenza (di seguito per brevità "CASSA") che, sulla base della normativa attualmente vigente e di quella che dovesse successivamente intervenire nel corso della durata degli Ordinativi di Fornitura, abbia finalità assistenziale e sia abilitata a norma di legge, anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi delle Amministrazioni contraenti e in riferimento alle attività e prestazioni oggetto della Convenzione e ad assumere la contraenza del Piano Sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

La Società garantisce, per tutta la durata del contratto e delle relative prestazioni, assumendo ora per allora ogni e qualsiasi responsabilità a riguardo - la rispondenza della CASSA ai fini ed agli scopi sopra indicati, nonché la piena vigenza ed operatività della menzionata CASSA.

La Società prende atto ed accetta, impegnandosi in tal senso ora per allora, che i pagamenti eventualmente effettuati dalle Amministrazioni contraenti alla CASSA, avranno a tutti gli effetti valore liberatorio per le stesse Amministrazioni, mentre quelli effettuati agli aventi diritto, avranno valore liberatorio per la Società solo quando saranno stati effettivamente percepiti dai destinatari.

La CASSA non avrà, né per le Amministrazioni Contraenti né per gli Assistiti, alcun costo ulteriore rispetto ai contributi versati per la copertura del rischio, pertanto, non potrà essere avanzata dalla Società nei confronti dell'Agenzia né nei confronti delle Amministrazioni Contraenti alcuna richiesta di pagamento di ulteriori importi - qualunque sia il titolo sul quale si fondi la relativa pretesa - rispetto a quelli versati dalle Amministrazioni contraenti, a titolo di contributi per la copertura del rischio, nella misura risultante dall'offerta presentata dalla Società in sede di gara.

Il mancato adempimento degli obblighi di cui al presente articolo determinerà la risoluzione automatica della Convenzione e di ciascun Ordinativo di Fornitura, e la responsabilità della Società per i danni causati alle Amministrazioni Contraenti dal predetto inadempimento, fermo restando il diritto della Agenzia di escutere la cauzione definitiva.

ART. 16. RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società si obbliga a rinunciare a favore dell'assicurato o dei suoi aventi diritto alla facoltà di surrogazione prevista dall'art. 1916 del C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 17. INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

ART. 18. VALIDITA' TERRITORIALE

Il servizio è operante nel mondo intero. I rimborsi di spese sostenute all'estero verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assistito, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

SEZIONE II NORME PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 OGGETTO DELL'APPALTO E CARATTERISTICHE GENERALI

Oggetto dell'appalto è la stipulazione di una Convenzione contenente le condizioni generali di polizza assicurativa sanitaria riferita ad un numero complessivo di dipendenti assunti con contratto a tempo indeterminato e a tempo determinato, ripartiti tra le Amministrazioni associate in Gruppo di Acquisto (GdA), costituito per la gara, come di seguito indicato:

1. Regione Emilia-Romagna dipendenti del comparto N. 3257
2. ERGO Azienda Regionale per il diritto agli studi superiori: dipendenti del comparto N.143
3. Consorzio Fitosanitario Provinciale di Piacenza: dipendenti del comparto N. 6
4. Consorzio Fitosanitario Provinciale di Parma: dipendenti del comparto N. 4
5. Consorzio Fitosanitario Provinciale di Modena: dipendenti del comparto N. 7
6. l'Agenzia Regionale per il Lavoro Emilia-Romagna: dipendenti del comparto N. 571
7. Agenzia Interregionale per il Fiume Po - A.I.Po: dipendenti del comparto N. 318

La polizza deve prevedere:

A. le "GARANZIE BASE" – o piano base - erogate con onere a carico delle Amministrazioni Contraenti, a favore di:

1. titolari di rapporto di lavoro subordinato con le Amministrazioni associate in Gruppo di Acquisto che prestino servizio presso le stesse Amministrazioni siano collocati in distacco o comando, nell'interesse e, per esigenze organizzative delle Amministrazioni presso altri soggetti, pubblici o privati;
2. titolari di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato con altro soggetto, pubblico o privato, e siano in comando presso le Amministrazioni associate in Gruppo di Acquisto alle dipendenze funzionali dei dirigenti di queste, per lo svolgimento di attività nell'interesse e per esigenze organizzative delle Amministrazioni stesse.

B. le "GARANZIE AGGIUNTIVE" – piano facoltativo con costo a carico degli assicurati.

Tale piano facoltativo dà la possibilità al dipendente assicurato di estendere le "garanzie aggiuntive" a sé stesso e di assicurare anche il proprio nucleo familiare come da specifica di cui all'Art. 9 Modalità di estensione - nuovi inserimenti - adesioni alle garanzie aggiuntive del Capitolato Tecnico.

La Società dovrà altresì garantire alle medesime condizioni normo economiche un "piano ad adesione volontaria" che comprenda sia le GARANZIE DEL PIANO BASE sia LE GARANZIE DEL

PIANO AGGIUNTIVE, ai dipendenti delle Amministrazioni associate, di seguito indicate, con costo a loro totale carico:

1. lavoratori collocati in aspettativa senza assegni per carica pubblica o sindacale o per accettare un incarico dirigenziale conferito o un incarico direttivo conferito da altre Pubbliche Amministrazioni;
2. lavoratori delle Amministrazioni contraenti a qualsiasi categoria o qualifica appartengano, che siano in comando o collocati fuori ruolo presso altri soggetti per esigenze funzionali di questi ultimi;

L'avente diritto può aderire singolarmente oppure estendere l'adesione al proprio nucleo familiare.

I premi saranno quelli risultanti dall'offerta economica della Società.

ART. 2. PRESCRIZIONI MINIME RICHIESTE ALLA SOCIETA'

Il presente capitolato disciplina le condizioni minime, a cui la Società dovrà attenersi.

In riferimento al numero complessivo dei convenzionamenti diretti in Italia anche tramite società specializzata incaricata, la Società dovrà mantenere costante almeno il numero di convenzionamenti dichiarati in sede di gara.

SU TERRITORIO ITALIANO

- a) con istituti di cura pubblici e privati: 100 strutture
- b) con centri diagnostici e laboratori di analisi: 150 strutture
- c) medici convenzionati: 750 medici

In riferimento al numero complessivo dei convenzionamenti diretti in **Regione EMILIA ROMAGNA**, anche tramite società specializzata incaricata dalla Compagnia assicuratrice, dovrà dichiarare di avere in essere:

- d) con istituti di cura pubblici e privati: 20 istituti
- e) con centri diagnostici e laboratori di analisi: 30 centri
- f) medici convenzionati: 150 medici.

ART. 3. PRESTAZIONI

A precisazione di quanto prescritto nel presente Capitolato e nella convenzione, sarà fornito ai dipendenti, a cura della Società, un allegato informativo che esplicita anche mediante esempi, le modalità con le quali si può usufruire delle prestazioni di polizza sia in forma diretta e sia in forma indiretta e le modalità di applicazione delle franchigie e degli scoperti.

L'assicurazione è operante in caso di malattia e di infortunio, per le seguenti prestazioni:

GARANZIE BASE:

- 1.1. Grandi interventi;
- 1.2. Indennità sostitutiva grandi interventi;
- 1.3. Indennità di ricovero nel caso di ricovero per intervento chirurgico non grande o senza intervento chirurgico, compreso il parto;
- 1.4. Indennità di convalescenza (solo per il titolare);
- 1.5. Indennità di ingessatura (solo per il titolare);
- 1.6. Malattie cardiologiche e oncologiche
- 1.7. Interventi di chirurgia ambulatoriale
- 1.8. Spese extra-ricovero
- 1.9. Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici in network o tramite SSN
- 1.10. Cure fisioterapiche da infortunio

1.1 Grandi Interventi

Ricovero a seguito di un "Grande Intervento Chirurgico", intendendosi per tali quelli di cui all'Allegato 1).

Con ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'assicurato venga ricoverato per effettuare un Grande Intervento, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero (*): esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Tali prestazioni sono garantite in forma rimborsuale.

Intervento chirurgico (*): onorari 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 comprese le endoprotesi.

Assistenza medica, medicinali, cure (*): prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

Rette di degenza: non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di **Euro 210,00** al giorno.

Accompagnatore: retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura. **Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società**, la garanzia è prestata nel limite di Euro 55,00 al giorno, per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Assistenza infermieristica: assistenza infermieristica privata individuale nel limite di Euro 55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Post-ricovero (*): esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

In caso di ricovero in strutture convenzionate, la Società liquida direttamente le spese delle prestazioni con il limite del massimale assicurato, ad eccezione dei limiti previsti in polizza ai punti: assistenza infermieristica privata, trasporto sanitario, rimpatrio della salma.

In caso di ricovero in strutture non convenzionate con la Società, le prestazioni contrassegnate con (*) vengono rimborsate lasciando una quota del 20% a carico del cliente con il minimo non indennizzabile di Euro 500,00 e il massimo non indennizzabile di Euro 2.600,00. 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 in forma rimborsuale dalla Società con l'applicazione dello scoperto o del minimo non indennizzabile sopra citati.

Qualora il ricovero venga effettuato in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà le eventuali spese, per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento), rimaste a suo carico. In questo caso, però, l'assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva grandi interventi (1.2).

Massimale dell'area ricovero

In termini assicurativi con massimale si intende una cifra oltre la quale il prodotto assicurativo o una sua parte non possono essere rimborsati.

La polizza prevede quindi un **massimale, per l'area ricovero**, che ammonta a **Euro 200.000,00 per anno assicurativo/nucleo**. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta da un componente del nucleo o dalle spese effettuate per più componenti, non vi è più la possibilità di ricevere le prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo e con il nuovo pagamento di

premio, per gli eventi occorsi nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi occorsi nell'anno precedente.

Trasporto sanitario

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile, con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro in Italia ed all'estero con il massimo di Euro 2.000,00, per ricovero.

Trapianti

La Società rimborsa le spese di trapianto ed espianto di tutti gli organi o parte di essi incluso il midollo osseo, in conseguenza di malattia o infortunio, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore e per il trasporto dell'organo.

Nel caso di donazione da vivente, vengono rimborsate le spese sostenute durante il ricovero relativamente al donatore per accertamenti diagnostici, assistenza medico-infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza (in Italia e all'estero).

Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di Euro 2.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

1.2 Indennità sostitutiva grandi interventi

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società per le spese sostenute durante il ricovero, avrà diritto a un'indennità di Euro 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'indennità per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

1.3 Indennità di ricovero nel caso di ricovero per intervento chirurgico non grande o senza intervento chirurgico, compreso il parto

Nell'eventualità di un ricovero per intervento chirurgico non grande o senza intervento chirurgico, compreso il parto, verrà corrisposta un'indennità giornaliera di Euro 55,00 per un massimo di 90 giorni per ricovero.

1.4 Indennità di convalescenza (garanzia non estendibile ai familiari)

L'assicurato, in caso di ricovero, ha diritto a un'indennità di Euro 55,00 per un numero massimo di giorni pari a quello del ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per sinistro.

La convalescenza deve essere prescritta dall'Istituto di Cura all'atto delle dimissioni o, in un momento immediatamente successivo alle dimissioni, dal medico curante.

Tale garanzia non potrà essere estesa al coniuge o al convivente "more uxorio" ed ai figli, risultanti dallo stato di famiglia.

1.5 Indennità di ingessatura (garanzia non estendibile ai familiari)

La Società corrisponde un'indennità giornaliera di € 55,00 nel caso di applicazione di ingessatura, in seguito a infortunio per un periodo non superiore a 30 giorni per anno assicurativo.

L'applicazione dell'ingessatura deve essere certificata mediante idonea documentazione di un Pronto Soccorso o di altro centro medico da cui risulti la lesione subita dall'Assicurato e la data di apposizione; la data di rimozione deve essere altresì attestata da apposita documentazione medica.

Tale garanzia non potrà essere estesa al coniuge o al convivente "more uxorio" ed ai figli, risultanti dallo stato di famiglia.

1.6 Malattie cardiologiche e oncologiche

Area Ricovero

Nel caso di malattie oncologiche, la Società rimborsa le spese sanitarie ospedaliere ed extra ospedaliere conseguenti alla patologia stessa.

Modalità di erogazione delle prestazioni relative alle malattie oncologiche

In strutture sanitarie convenzionate con la Società: pagamento diretto da parte della Società alla casa di cura per le prestazioni erogate senza applicazione di franchigie o scoperti.

In strutture sanitarie private non convenzionate con la Società: rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo non indennizzabile di € 500,00, per ogni ricovero.

In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in caso di ricovero a carico del S.S.N.: rimborso delle eccedenze di spese nel limite dei massimali assicurati.

Accertamenti diagnostici oncologici

Sono inoltre compresi nella garanzia gli accertamenti diagnostici conseguenti alla patologia oncologica.

Modalità di erogazione degli accertamenti diagnostici oncologici

In strutture sanitarie convenzionate con la Società: pagamento diretto da parte della Società alla casa di cura per le prestazioni erogate senza applicazione di franchigie o scoperti, nel caso di prestazione erogata a favore del familiare del dipendente verrà applicata una franchigia di € 30,00.

In strutture sanitarie private non convenzionate con la Società: rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo non indennizzabile di € 35,00 per ogni accertamento.

In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate: rimborso delle eccedenze di spese nel limite dei massimali assicurati.

Il massimale annuo assicurato per le garanzie sopra indicate corrisponde a **€ 14.000,00 per persona e/o per nucleo familiare.**

Visite specialistiche cardiologiche ed oncologiche: la Società provvede inoltre al pagamento delle spese per visite specialistiche cardiologiche ed oncologiche.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente a tali visite i documenti di spesa devono riportare l'indicazione della specialità del medico, la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Le visite devono essere richieste con prescrizione del medico AUSL.

Modalità di erogazione delle visite cardiologiche ed oncologiche

In strutture sanitarie convenzionate con la Società: pagamento diretto da parte della Società alla struttura per le prestazioni erogate all'Assicurato, nel caso di prestazione erogata a favore del familiare del dipendente verrà applicata una franchigia di € 30,00.

In strutture sanitarie private non convenzionate con la Società: rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto pari al 20% con il minimo non indennizzabile di € 35,00 per ogni visita.

In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate: rimborso integrale dei ticket sanitari nel limite del massimale assicurato

Massimale annuo assicurato **€ 4.500,00 per persona e/o per nucleo familiare.**

1.7 Interventi di chirurgia ambulatoriale

Sono inoltre compresi nella garanzia gli interventi di chirurgia ambulatoriale, non a carattere estetico:

In strutture sanitarie convenzionate con la Società: pagamento diretto da parte della Società senza applicazione di franchigie o scoperti.

In strutture sanitarie non convenzionate con la Società: rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto pari al 20% con il minimo non indennizzabile di € 200,00 per ogni intervento.

In strutture del SSN o da esso accreditate: rimborso delle eccedenze di spese nel limite dei massimali assicurati.

Massimale annuo assicurato per persona e/o nucleo familiare € 10.000,00.

1.8 Spese extraricovero

Alta specializzazione

Con il termine “alta specializzazione”, si intende una serie di accertamenti e di terapie generalmente piuttosto costosi, in quanto effettuati con macchinari altamente sofisticati, comprese le endoscopie in garanzia con prelievo bioptico. Queste prestazioni sono elencate nella tabella successiva:

a diagnostica radiologica:	
- Angiografia	- Pneumoencefalografia
- Artrografia	- Radioterapia
- Broncografia	- Retinografia
- Cisternografia	- Rx esofago, Rx tubo digerente
- Cistografia	- Scialografia
- Clisma opaco	- Splenoportografia
- Colangiografia	- Tomografia torace, Tomografia in genere,
- Colangiografia percutanea	- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Colecistografia	- Tomografia ad emissione di positroni (PET)
- Dacriocistografia	- Urografia
- Defecografia	- Vesciculodeferentografia
- Discografia	- Mammotome

<ul style="list-style-type: none"> - Fistolografia - Ecografie - Endoscopia (gastroscopie, colonscopie, esami endoscopici di natura otorinolaringoiatrica etc) - Flebografia - Fluorangiografia - Galattografia - Isterosalpingografia - Linfografia - Mammografia - Mielografia 	<ul style="list-style-type: none"> - Falangiografia - Pap Test - Colonscopia proptologica - Ticket sanitari - Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) - Risonanza Magnetica Nucleare - Scintigrafia - Elettromiografia - Dialisi - Chemioterapia - Cobaltoterapia - Laserterapia a scopo fisioterapico
--	--

Modalità di erogazione delle prestazioni di alta specializzazione

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate: le spese per prestazioni erogate all'assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Il cliente dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la presunta patologia o la patologia già accertata.

Nel caso in cui l'assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società: le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto pari al 25% con il minimo non indennizzabile di € 35,00 per ogni prestazione. Per ottenere il rimborso da parte della Società, è necessario che l'assicurato allegghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la presunta patologia o la patologia già accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale: la Società rimborserà integralmente i ticket sanitari dell'Assicurato. In questo caso, il dipendente per ottenere il rimborso, dovrà inviare la prescrizione, solitamente ritirata al momento dell'effettuazione dell'esame, in copia o nelle forme che la Società avrà offerto in sede di gara.

Relativamente alla sola mammografia, la prestazione verrà garantita ed erogata in qualsiasi struttura convenzionata e non, anche in assenza di prescrizione medica.

Ticket per visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici

La polizza comprende, oltre a quanto sopra esplicitato, il pagamento di ogni ticket sanitario riferito a visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici. Per il relativo rimborso l'assicurato deve fornire la

prescrizione medica contenente la presunta patologia o la patologia accertata, con l'esclusione delle visite pediatriche non rese necessarie da specifiche patologie del bambino (non sono quindi compresi i controlli "routinari" della regolarità della crescita) e delle visite ed accertamenti odontoiatrici ed ortodontici.

Prestazioni odontoiatriche particolari non estendibili ai familiari

La Società provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta all'anno. Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sotto indicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Visita di controllo odontoiatrica

- **Ablazione del tartaro** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società: le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di scoperti e/o franchigie.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società: le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura/persona.

Massimale annuo delle spese extra ospedaliere

La disponibilità annua per la garanzia per le spese extra-ospedaliere per persona e/o per nucleo familiare è di **€ 10.000,00 per annualità assicurativa**.

1.9 Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici in network o tramite SSN

La polizza prevede la possibilità di effettuare, nell'ambito del network delle strutture convenzionate, le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche non rese necessarie da specifiche patologie del bambino (non sono quindi compresi i controlli "routinari" della regolarità della crescita) e delle visite ed accertamenti odontoiatrici ed ortodontici.

Rientrano in garanzia le visite pediatriche effettuate per specifiche patologie del bambino che richiedano l'intervento di uno specialista diverso dal "pediatra di base", fatta salva l'attinenza tra specialista e malattia.

Modalità di erogazione delle visite specialistiche e degli accertamenti diagnostici in rete

Le spese per prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse senza applicazione di alcuna franchigia.

Massimale annuo delle visite specialistiche e degli accertamenti diagnostici in rete

La disponibilità annua per la garanzia "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" è di € **1.500,00** per persona e/o nucleo familiare

1.10 Cure fisioterapiche da infortunio

La polizza comprende i seguenti trattamenti fisioterapici, **a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi**, in presenza di un certificato di pronto soccorso, sempreché siano prescritti da un medico ed effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Prestazioni di fisioterapia

- Kinesiterapia;
- Chiropratica;
- Ionoforesi;
- Laserterapia;
- Ultrasuoni;
- Radar;
- Massoterapia;
- Tecar Terapia;
- Magnetoterapia.

Massimale annuo dei trattamenti fisioterapici

La disponibilità annua per la garanzia delle prestazioni fisioterapiche è di € 700,00 per il dipendente o il nucleo familiare.

Le spese sostenute per le prestazioni vengono rimborsate con uno scoperto pari al 30% con il minimo non indennizzabile di € 75,00 per ciascuna tipologia di prestazione e per ogni ciclo di terapia.

GARANZIE AGGIUNTIVE:

- 2.1 Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici fuori network;
- 2.2 Trattamenti fisioterapici riabilitativi diversi da infortunio;
- 2.3 Interventi chirurgici odontoiatrici.

2.1 Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici fuori network

La polizza prevede il pagamento delle spese per le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o ad infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche non rese necessarie da specifiche patologie del bambino (non sono quindi compresi i controlli "routinari" della regolarità della crescita) e delle visite ed accertamenti odontoiatrici ed ortodontici.

Rientrano in garanzia le visite pediatriche effettuate per specifiche patologie del bambino che richiedano l'intervento di uno specialista diverso dal "pediatra di base", fatta salva l'attinenza tra specialista e malattia.

Modalità di erogazione delle visite specialistiche e degli accertamenti diagnostici fuori rete

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto pari al 30% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte della Società, è necessario che l'Assicurato allegghi alla fattura la richiesta del medico curante che attesti la patologia presunta o accertata.

Massimale annuo delle visite specialistiche e degli accertamenti diagnostici fuori rete

La disponibilità annua per la garanzia "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" per persona e per nucleo familiare è di € 1.500,00.

2.2 Trattamenti fisioterapici riabilitativi diversi da infortunio

La polizza prevede un rimborso per trattamenti fisioterapici non determinati da infortunio. In questo caso potranno essere effettuate le prestazioni di fisioterapia sotto elencate con un massimale annuo pari ad Euro 250,00 per dipendente e/o nucleo familiare con applicazione di uno scoperto pari al 30% - minimo Euro 75,00

Prestazioni di fisioterapia

- Kinesiterapia;
- Chiropratica;
- Ionoforesi;
- Laserterapia;
- Ultrasuoni;
- Radar;

- Massoterapia;
- Tecar Terapia;
- Magnetoterapia.

2.3 Interventi chirurgici odontoiatrici

La Società rimborserà le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari;
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella;
- cisti follicolari;
- cisti radicolari;
- adamantinoma;
- odontoma.

Le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 2.500,00 per anno assicurativo e per persona e/o nucleo familiare.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o della mascella.

ART. 4.CASI DI NON OPERATIVITÀ DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di garanzia prevista e non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dall'assicurazione.

Questi eventi si possono suddividere in tre categorie:

Esclusioni comuni a tutte le coperture assicurative:

- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento. Si precisa che gli infortuni che derivassero dalla pratica di altri sport o dalla guida di mezzi a motore avvenuti durante la vita di tutti i giorni non comportano l'esclusione della copertura assicurativa;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato, in quanto non viene ritenuto opportuno tutelare azioni delittuose;

- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerre e insurrezioni.

Esclusioni specifiche delle polizze sanitarie:

- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- vengono considerate prestazioni di carattere estetico, quindi come tali non rimborsabili, anche gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- i ricoveri durante i quali vengono effettuati solo accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio.

Esclusioni particolari:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. Con questa esclusione si intendono situazioni quali ad esempio la zoppia o il labbro leporino, o comunque tutti quei casi che risultino devianti dal normale assetto morfologico di un organismo di parte dei suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite o congenite;
- la fecondità assistita e cura della sterilità e gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare, assimilabili a correzioni di difetti fisici. Per ciò che riguarda la correzione dei vizi di rifrazione oculare, nei quali si inseriscono gli interventi di correzione della miopia, anche se non risultano in copertura, sarà possibile usufruire di tariffe agevolate concordate con strutture convenzionate con la Società;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza;

- i ricoveri per lunga degenza, ossia quelli determinati da condizioni fisiche dell'assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

ART. 5. LIMITI DI ETÀ'

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo assicurato.

ART. 6. GESTIONE DEI SINISTRI E MODALITÀ' DI LIQUIDAZIONE

La Società metterà a disposizione degli Assicurati un portale web dedicato, tramite il quale l'Assicurato potrà effettuare le richieste di rimborso e caricare le copie della documentazione di spesa. Il portale dovrà consentire il caricamento delle copie delle fatture e della documentazione medica in formato pdf, 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.

Oltre 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.

La Società rimborserà le spese a seguito di presentazione da parte dell'assicurato della documentazione completa dei documenti di spesa (fattura e/o prescrizione medica, cartella clinica etc) prodotti anche in fotocopia; dovrà inoltre garantire il rimborso, in un tempo massimo di 30 giorni, dal momento in cui la pratica risulti completa.

ART. 7. INFORMATIVE SUI RAPPORTI CON L'ASSICURATO

Al fine di soddisfare le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli assicurati sullo stato delle loro richieste di rimborso, la Società dovrà mettere a disposizione, per ciascuna richiesta di rimborso e in tempo utile per gli adempimenti di legge (in particolare per la compilazione della dichiarazione dei redditi), un riepilogo del sinistro denunciato con l'indicazione, per ogni documento di spesa,

dell'importo richiesto, di quello rimborsato e dell'eventuale quota rimasta a carico dell'assicurato (quest'ultima detraibile dalla dichiarazione dei redditi).

ART. 8. INFORMATIVA DEDICATA AL SERVIZIO

Sarà cura della Società fornire al dipendente tutte le informazioni necessarie ad esercitare le opzioni di adesione al piano facoltativo e/o piano volontario e per l'utilizzo della polizza assicurativa sanitaria. A questo scopo la Società ha l'obbligo di produrre entro 15 giorni solari dalla data di stipula del Contratto un documento illustrativo sintetico delle modalità di utilizzo delle coperture assicurative conforme alle condizioni previste al presente Capitolato Tecnico/Schema di contratto. Tale documento, dovrà essere formulato con esempi pratici e simulazioni di richieste, e dovrà contenere, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- sintesi delle condizioni dei servizi, specificando i limiti di rimborso;
- indicazione dei tempi di rimborso;
- modalità di istruzione delle pratiche di rimborso (allegando, eventualmente modulo predisposto per la richiesta di rimborso);

e ogni altra indicazione volta ad informare gli assicurati sulle condizioni e le modalità di erogazione del servizio.

ART. 9. MODALITA' DI ESTENSIONE - NUOVI INSERIMENTI - ADESIONI ALLE GARANZIE AGGIUNTIVE - MODALITA' DI RACCOLTA DELLE ADESIONI

Il dipendente assicurato che intenda estendere a se stesso (con onere a proprio carico), le "GARANZIE AGGIUNTIVE", potrà esercitare tale facoltà soltanto entro 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa. Dopo tale data, non sarà più possibile esercitare detta facoltà fino alla scadenza del contratto, ovvero fino alla data dell'eventuale rinnovo del medesimo. In caso di rinnovo del contratto la Società provvederà a gestire la raccolta delle nuove adesioni. Il dipendente assicurato che effettui la disdetta delle "GARANZIE AGGIUNTIVE" alla fine di ogni anno assicurativo non potrà rientrare nella copertura fino alla scadenza del contratto. Qualora il titolare volesse estendere il piano assicurativo ai componenti del proprio nucleo familiare l'adesione sarà obbligatoria sia per le "GARANZIE BASE" che per le "GARANZIE AGGIUNTIVE" e

potrà essere effettuata a condizione che lo stesso titolare abbia aderito alle “GARANZIE AGGIUNTIVE”.

L'adesione dovrà essere esercitata entro 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa. Dopo tale data i familiari dei dipendenti già presenti alla data di effetto della polizza non potranno essere più inseriti nella copertura fino alla scadenza del contratto.

Sarà possibile inserire nella copertura, invece, i nuovi nati o nuovi coniugi o conviventi. La garanzia decorrerà dalla data di certificazione della variazione sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società che non potrà in ogni caso essere superiore ai 60 gg decorrenti dalla variazione del nucleo.

E' prevista la facoltà per gli assicurati di escludere i componenti del proprio nucleo familiare alla fine di ogni anno assicurativo, ma, in questo caso, non potranno più rientrare in copertura fino alla scadenza del contratto.

Nel caso di nuove assunzioni, la garanzia base per il dipendente decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni.

Nei medesimi 30 giorni il dipendente può esercitare l'opzione di adesione alle “GARANZIE AGGIUNTIVE” per sé ed inserire i componenti del proprio nucleo familiare, nelle “GARANZIE BASE” e nelle “GARANZIE AGGIUNTIVE”. In tali casi il premio viene corrisposto dal dipendente in trecento sessantesimi.

Nell'ipotesi di disdetta alle “GARANZIE AGGIUNTIVE” da parte del dipendente-assicurato cesseranno automaticamente anche le garanzie a favore dei componenti il proprio nucleo familiare.

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex dipendente e gli eventuali familiari assicurati, verranno mantenuti nella garanzia fino alla prima scadenza annuale successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

A maggiore precisazione di quanto sopra indicato si specifica che è possibile estendere la copertura:

- solo al coniuge;
- a tutto il nucleo familiare inteso come coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti dallo stato di famiglia;
- solo ai figli, purché **tutti** quelli risultanti dallo stato di famiglia; fermo restando l'obbligo di adesione del titolare alle “GARANZIE AGGIUNTIVE” e l'obbligo di adesione dei componenti del nucleo familiare sia alle “GARANZIE BASE” che alle “GARANZIE AGGIUNTIVE”.

La Società metterà a disposizione, sul proprio sito web, un'apposita sezione dedicata alla raccolta delle adesioni tramite compilazione di un modulo on-line, senza che questo comporti anche l'inoltro del modulo cartaceo.

ART. 10. SERVIZI DI CONSULENZA - CALL CENTER -

Alla data di sottoscrizione della Convenzione, la Società dovrà aver già attivato il servizio di Call Center, e comunicato il numero di telefono dedicato, l'indirizzo e-mail e il numero di telefax. Il Call center dovrà garantire i seguenti orari:

- lunedì – venerdì dalle ore 8.30 alle 19.00
- il sabato dalle ore 8.30 alle 13.00

E' fatto obbligo per la Società aver formato gli operatori del Call Center sulle modalità di erogazione del servizio di polizza assicurativa sanitaria ai dipendenti e alle Amministrazioni, così come descritte nel presente capitolato.

Gli operatori del Call Center dovranno essere formati per fornire alle Amministrazioni e ai dipendenti le informazioni relative ai servizi compresi nella Convenzione, quali: inoltro dei reclami, chiarimenti sulle fatturazioni, etc.

Il Call Center fornirà, inoltre, assistenza tramite numero verde disposto dalla Società per i seguenti casi:

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Società attuerà un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

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

La Società metterà a disposizione degli Assicurati un portale web dedicato, tramite il quale l'Assicurato potrà effettuare le prenotazioni e le richieste di rimborso e caricare le copie della

documentazione di spesa. Il portale dovrà consentire il caricamento delle copie delle fatture e della documentazione medica in formato pdf, 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.

Oltre 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.

La Società rimborserà le spese a seguito di presentazione da parte dell'assicurato della documentazione completa dei documenti di spese (fattura e/o prescrizione medica, cartella clinica etc) prodotti anche in fotocopia; dovrà inoltre garantire il rimborso, in un tempo massimo di 30 giorni, dal momento in cui la pratica risulti completa.

ART. 11. CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA – ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro, le Parti (il personale assicurato e la Società) possono conferire per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuta l'indennità, a norma e nei limiti delle condizioni previste nel capitolato/contratto, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assistito.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano, fin d'ora, a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

La cognizione di qualsiasi controversia di natura medica tra le Parti (sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi, è devoluta alla competenza del Foro di residenza dell'assistito, salvo diverso accordo scritto intervenuto successivamente tra le Parti).

Allegato 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI NEUROCHIRURGIA ANCHE CON TECNICHE MICROCHIRURGIA E LASER

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- 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 anche con tecniche microchirurgia e laser
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale
- 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

- Impianto con tecnica cocleare
- 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 latero cervicale 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. carotide e della. vertebrale
- Decompressione della. vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

TRAPIANTI DI ORGANO

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

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

- Tumore del seno e ricostruzione
- 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

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sottoelencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

Allegato 2

Andamento sinistri dal _____ al _____				
Polizza n. _____				
Anno _____				
Tipologia Prestazione	Numero sinistri aperti	Importo liquidato in rete	Importo liquidato fuori rete	Ticket
Ricovero per Grande Intervento Chirurgico				
Indennità Sostitutiva				
Indennità di convalescenza				
Indennità da gessatura				
Malattie oncologiche e cardiologiche				
Interventi chirurgici ambulatoriali				
Alta diagnostica				
Cure Dentarie – prevenzione				
Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici				
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio				
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi non da infortunio				
Interventi chirurgici odontoiatrici				

PIANO BASE

Prestazione
Grande intervento chirurgico € 200.000 in rete: scoperto nessuno fuori rete: scoperto 20% min. € 500 e max € 2.600
Pre/post ricovero 100/100 gg
Accompagnatore Se fuori rete: € 55 max 30 gg
Assistenza infermieristica € 55 max 30 gg
Trapianti Inclusi nel massimale dei Grandi Interventi
Indennità sostitutiva € 80 max 90 gg – garanzia prevista anche non per intervento non grande o parto con il limite di € 55 max 90 gg
Indennità di convalescenza € 55 max 90 gg – garanzia prevista solo per il caponucleo
Indennità da gessatura € 55 max 30 gg – garanzia prevista solo per il caponucleo
Malattie oncologiche e cardiologiche: A- Prestazioni oncologiche B- Accertamenti diagnostici oncologici € 14.000 Scoperto/franchigia: <u>Garanzia A</u> In rete: nessuna Fuori rete: 20% min € 500 <u>Garanzia B</u> In rete: nessuna per caponucleo - € 30 per famigliari Fuori network: 20% min € 35 C- Visite specialistiche cardiologiche e oncologiche € 4.500 Scoperto/franchigia: In rete: nessuna per caponucleo - € 30 per famigliari Fuori network: 20% min € 35 Ticket: 100%
Interventi chirurgici ambulatoriali

<p style="text-align: center;">€ 10.000 Scoperto/franchigia: In rete: nessuna Fuori rete: 20% min € 200</p>
<p style="text-align: center;">Alta Diagnostica € 10.000 Scoperto/franchigia:</p>
<p style="text-align: center;">In rete: nessuna Fuori rete: 25% min € 35 Ticket: 100%</p>
<p style="text-align: center;">Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (escluse visite pediatriche e ortodontiche) <u>effettuate tramite SSN</u> <u>Prestazione inclusa nella garanzia Alta Diagnostica (massimale unico)</u> Rimborso al 100%</p>
<p style="text-align: center;">Cure Dentarie -Visita specialistica -Ablazione del tartaro Scoperto/franchigia: In rete: nessuna Fuori rete: 30% min € 50 per fattura</p>
<p style="text-align: center;">Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (escluse le visite pediatriche e ortodontiche) <u>in rete</u> € 1.500 Scoperto/franchigia: In rete: nessuna</p>
<p style="text-align: center;">Trattamenti fisioterapici e riabilitativi a seguito di infortunio € 700 – scoperto 30% min € 75</p>

PIANO FACOLTATIVO

Prestazione
Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (escluse le visite pediatriche e ortodontiche) <u>fuori rete</u> € 1.500 Scoperto/franchigia: Fuori rete: 30% min € 50
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi diversi da infortunio € 250 Scoperto 30% min € 75
Interventi chirurgici odontoiatrici € 2.500