



PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DI SERVIZI ASSICURATIVI

1. Polizza Assicurativa Sanitaria (Polizza assicurativa per l’assistenza sanitaria integrativa per i propri dipendenti RSM)
2. Affidamento della polizza Assicurativa per caso morte (PTCM)

CAPITOLATO TECNICO Lotto 1 Polizza Sanitaria

**CAPITOLATO POLIZZA SANITARIA PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE A FAVORE DEI
DIPENDENTI DELLE AMMINISTRAZIONI FACENTI PARTE DEL GRUPPO DI ACQUISTO**

La presente polizza è stipulata tra il Contraente

CASSA DI ASSISTENZA
A favore dell'Associato
Regione Emilia-Romagna
N. CIG

e

Compagnia di Assicurazione

Durata del contratto

dalle ore 24.00 del	31/12/2022
alle ore 24.00 del	31/12/2024

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

alle ore 24.00 del	31/12
--------------------	-------

1. PREMESSA

Il presente capitolato regola la stipula di una Polizza assicurativa con il Gruppo di Acquisto (GdA), relativa al rimborso delle spese mediche sostenute dai propri dipendenti in relazione alle prestazioni mediche previste dal presente capitolato.

Il GdA è costituito da:

- REGIONE EMILIA ROMAGNA
- ERGO Azienda Regionale per il diritto agli studi superiori:
- CONSORZIO FITOSANITARIO PIACENZA;
- CONSORZIO FITOSANITARIO PARMA;
- CONSORZIO FITOSANITARIO MODENA;
- AGENZIA INTERREGIONALE FIUME PO – AIPO
- UPI UNIONE PROVINCE D'ITALIA
- AUTORITA' DI BACINO DISTRETTUALE DEL FIUME PO

Il presente Capitolato prevede un **Piano Base** le cui prestazioni sono prestate in forma collettiva a favore dei **dipendenti** dell'Ente con costi a carico dell'Ente.

È previsto, inoltre, un **Piano Aggiuntivo** ad adesione facoltativa con pagamento del premio a carico degli aderenti. La raccolta delle adesioni è a carico della Compagnia.

I dipendenti potranno, inoltre, estendere il Piano Base e quello Aggiuntivo – non disgiuntamente uno dall'altro - al proprio **nucleo familiare**, con costo complessivo a carico degli aderenti.

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 31.12.2022 alle ore 24.00 del 31.12.2024; a tale data il contratto si intenderà cessato senza obbligo di preventiva disdetta.

E' facoltà del Contraente richiedere alla Società il rinnovo del contratto per un'ulteriore annualità, fino al 31.12.2025 previa accettazione da parte della Società. Il GdA eserciterà la facoltà di rinnovo entro 180 giorni dalla scadenza e la Società si impegna a fornire riscontro, positivo o negativo, entro o non oltre 20 giorni dalla richiesta.

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, fermi i massimali interi. 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 e l'ente 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 del 31 dicembre e le ore 24 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 dall'Ente con l'Assicuratore per il tramite della Cassa di Assistenza, 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 presentazione 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.
Cassa di Assistenza / Fondo sanitario	Soggetto iscritto all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al D.M. 27/10/2009, abilitato a norma di legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario oggetto del presente capitolato, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi

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	Amministrazione associata appartenente al Gruppo di Acquisto
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, anche non in vigore di contratto) 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 ciascuno degli Enti del Gruppo di Acquisto
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 all'allegato 1 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

Procedura aperta per l'affidamento di servizi assicurativi: Polizza Sanitaria e Polizza temporanea per caso morte (PTCM)

	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

Procedura aperta per l'affidamento di servizi assicurativi: Polizza Sanitaria e Polizza temporanea per caso morte (PTCM)

	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, fisioterapia, 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, i figli fiscalmente a carico, anche non conviventi.
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

Procedura aperta per l'affidamento di servizi assicurativi: Polizza Sanitaria e Polizza temporanea per caso morte (PTCM)

	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 da ciascuno degli Enti appartenenti al gruppo di acquisto 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	La degenza, documentata da cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura. Si Intende equiparato al ricovero anche il Day Hospital, ovvero la degenza solo diurna. Non costituisce Ricovero il periodo di osservazione in Pronto Soccorso.
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 delle Amministrazioni Associate.

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, 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. 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 anche tramite società specializzata incaricata, la Società dovrà mantenere costante almeno il numero di convenzionamenti dichiarati in sede di gara.

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 almeno i seguenti:

- a) con istituti di cura: minimo N. 10 istituti
- b) con centri diagnostici e laboratori di analisi: minimo N. 40 centri
- c) studi odontoiatrici: minimo N. 50 studi

6. ASSICURATI

L'assicurazione è operante in forma collettiva per i dipendenti assunti con contratto a tempo indeterminato e a tempo determinato, ripartiti tra gli Enti di cui al Gruppo di Acquisto (GdA), costituito per la gara, come di seguito indicato:

ENTI	NUMERO DIPENDENTI
Regione Emilia-Romagna	3.720
Azienda regionale per il diritto agli studi superiori ER-GO	180
Agenzia Interregionale per il fiume Po (AIPO)	321
Consorzio fitosanitario Piacenza	5
Consorzio fitosanitario di Parma	4
Consorzio fitosanitario di Modena	7

Procedura aperta per l'affidamento di servizi assicurativi: Polizza Sanitaria e Polizza temporanea per caso morte (PTCM)

Autorità Di Bacino Distrettuale Del Fiume PO	80
Unione delle Province d'Italia - UPI Emilia-Romagna	3
TOTALE	4.320

È data facoltà agli assicurati di estendere la copertura sanitaria al proprio nucleo familiare, così come identificato nelle "Definizioni", con pagamento del premio a proprio carico. Il nucleo aderirà congiuntamente al Piano Base + Piano Aggiuntivo.

Potranno, inoltre, aderire congiuntamente al Piano Base + Piano Aggiuntivo anche:

- I lavoratori in aspettativa senza assegni per carica pubblica o sindacale per accettare un incarico dirigenziale conferito o un incarico direttivo conferito da altre Pubbliche Amministrazioni;
- I lavoratori degli Enti del GdA, 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.

7. VARIAZIONI DEGLI ASSICURATI ed EFFICACIA DELLA COPERTURA

6.1 Modalità di adesione

Il dipendente che intenda aderire al Piano Aggiuntivo e/o estendere la polizza al proprio nucleo potrà esercitare tale facoltà 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.

In caso di rinnovo del contratto la Società provvederà a gestire la raccolta delle nuove adesioni.

È facoltà del dipendente assicurato effettuare la disdetta delle "GARANZIE AGGIUNTIVE" alla fine di ogni anno assicurativo, ma in tal caso non potrà rientrare nella copertura fino alla scadenza del contratto.

Qualora il titolare volesse estendere il piano assicurativo – per tutte le prestazioni in esso previste - ai componenti del proprio nucleo familiare l'adesione sarà obbligatoria sia per il "PIANO BASE" che per il "PIANO AGGIUNTIVO" e potrà essere effettuata a condizione che lo stesso titolare abbia aderito al "PIANO AGGIUNTIVO". Non è possibile estendere la copertura ai familiari se il dipendente non ha aderito al PIANO AGGIUNTIVO.

È possibile non estendere il Piano al coniuge che disponga già di analoga copertura assicurativa.

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.

Per tutti coloro che eserciteranno la facoltà di adesione nella suddetta finestra di 30 giorni, la copertura sarà efficace dalla data di decorrenza.

È possibile estendere i Piani BASE+AGGIUNTIVO:

- Solo al coniuge
- A tutto il nucleo (coniuge/convivente e figli risultanti dallo stato di famiglia)
- Solo ai figli, purché tutti quelli risultanti dallo stato di famiglia

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.

6.2 Inclusioni/Esclusioni in corso d'anno

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 al "PIANO AGGIUNTIVO" per sé ed inserire i componenti del proprio nucleo familiare, nel "PIANO BASE" e nel "PIANO AGGIUNTIVO". In tali casi il premio viene corrisposto dal dipendente in trecento sessantesimi.

Nell'ipotesi di disdetta al "PIANO AGGIUNTIVO" 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.

L'**inclusione di familiari** rientranti nel nucleo familiare, come identificato nelle "Definizioni", in un momento successivo alla decorrenza della polizza sarà consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite; essa verrà effettuata mediante comunicazione dei dati anagrafici dei familiari secondo le modalità condivise con la Società. In questo caso la copertura sarà efficace dalla data di certificazione della variazione sempreché venga comunicata entro 30 giorni; superati i 30 giorni, la copertura decorrerà dalle ore 24 del giorno della comunicazione alla Società.

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.

Il premio relativo alle variazioni di assicurati nel Piano Aggiuntivo verrà conteggiato in 360imi.

8. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

7.1 Limiti di età

L'assicurazione vale fino al compimento del 75° 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.

7.2 Estensione territoriale

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

7.3 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Associato.

7.4 Altre assicurazioni

L'Associato è esonerato dall'obbligo di denunciare all'Assicuratore l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo rischio.

7.5 Forma delle comunicazioni

Ad eccezione di quanto previsto nell'Art.12.3 - Modalità di invio delle richieste di rimborso - tutte le comunicazioni devono avere forma scritta e devono essere inoltrate con lettera raccomandata, posta elettronica o pec.

7.6 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.

7.7 Pagamento del premio, decorrenza delle coperture e regolazione

Il Premio complessivo annuo dovuto dall'Amministrazione Associata appartenente al GdA viene corrisposto a titolo di acconto anticipatamente, con cadenza semestrale, 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.

Il premio per le inclusioni dei familiari verrà conteggiato in 360esimi.

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.

7.8 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.

7.9 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 dalle norme e Leggi di riferimento.

7.10 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 Associato 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.

7.11 Controversie di natura medica – Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro, l'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'Assicurato.

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 l'Assicurato e la Società, 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 l'Assicurato e la Società 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 l'Assicurato e la Società (sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi) è devoluta alla competenza del Foro di residenza dell'Assicurato, salvo diverso accordo scritto intervenuto successivamente.

7.12 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.

7.13 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 Associato a tutti gli effetti.

7.14 Rinvio alle norme di legge

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

7.15 Anticipi

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.

7.16 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.

7.17 Foro competente

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente Assicurazione, è competente, a scelta dell'Associato, 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 l'Associato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs 28/2010 ss.mm.ii..

Per ogni controversia diversa da quella prevista dai precedenti artt. 7.10-7.11 è competente, a scelta della parte attrice, il Foro di residenza o sede del convenuto ovvero quello del luogo ove ha sede la Società.

7.18 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 Associato.

La remunerazione del Broker è a carico della Società nella misura del 6% sul premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio.

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

7.19 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.

9. PRESTAZIONI E CONDIZIONI

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 nella **Tabella Prestazioni** in calce al presente capitolato e relativamente alle prestazioni di seguito elencate:

10. PIANO BASE

9.1 RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Ricovero a seguito di Grande Intervento Chirurgico, rientrante nell'elenco di cui all'Allegato 1:

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

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

Rientrano in questa garanzia:

a) **Pre-ricovero (*)**: visite specialistiche, esami, accertamenti diagnostici compresi onorari medici effettuati nei **100 giorni precedenti** al ricovero; tali prestazioni sono garantite in forma rimborsuale;

b) **Rette di degenza** (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente); in caso di ricovero in struttura non convenzionata con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 210 al giorno;

c) **Intervento chirurgico (*)**: 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) **Assistenza medica, medicinali, cure (*)**: accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti, medicinali, **durante il periodo del ricovero;**

e) **Post-ricovero (*)**: esami, prestazioni mediche, medicinali, cure termali (ad esclusione delle spese alberghiere), trattamenti fisioterapici o rieducativi sostenute nei **100 giorni successivi al termine del ricovero** o alla data dell'intervento ambulatoriale, conseguenti all'evento considerato; sono compresi i medicinali prescritti in sede di dimissioni dall'Istituto di cura;

f) **assistenza infermieristica** privata individuale nel limite di **€ 55 al giorno** per un massimo di **30 giorni** per ricovero;

g) 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 con il massimo di **€ 2.000 per ricovero;**

h) 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; in caso di ricovero in struttura non convenzionata con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 55 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero;

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

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).

MASSIMALE

Il massimale per la Garanzia Ricovero è pari a **€ 200.000 per anno assicurativo e per nucleo**.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

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, retta di degenza, accompagnatore.

In caso di ricovero in strutture non convenzionate con la Società, le spese contrassegnate da (*) vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto a carico dell'assicurato **del 20% con il minimo non indennizzabile di € 500,00 e il massimo non indennizzabile di € 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.

9.2 INDENNITA' SOSTITUTIVA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Qualora le spese inerenti l'evento che ha causato il ricovero stesso siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, tutte le garanzie previste ai precedenti punti, si intendono sostituite dalla corresponsione di una **indennità di € 80,00** per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) per un periodo **massimo di 90 giorni per ricovero**.

9.3 INDENNITA' PER RICOVERO DIVERSO DA RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (compreso ricovero senza intervento e parto)

In caso di ricovero per intervento chirurgico non grande o senza intervento chirurgico, compreso il parto, verrà corrisposta un'indennità giornaliera di **€ 55,00** per un **massimo di 90 giorni per ricovero**.

9.4 INDENNITA' DA CONVALESCENZA

L'Assicurato, in caso di ricovero, ha diritto a un'indennità di **€ 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.

9.5 INDENNITA' DA IMMOBILIZZAZIONE

La Società corrisponde un'indennità giornaliera di **€ 55,00** nel caso di applicazione di gesso o tutore immobilizzante a seguito di infortunio per un periodo non superiore a **30 giorni** per anno assicurativo.

L'applicazione del gesso o tutore deve essere certificata mediante idonea documentazione di un Pronto Soccorso o di altro centro medico specialista 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.

9.6 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.

Il massimale annuo assicurato per le garanzie sopra indicate corrisponde a **€ 10.000,00 per persona e/o nucleo familiare.**

9.7 MALATTIE ONCOLOGICHE

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

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

SPESE OSPEDALIERE:

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 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.

SPESE EXTRAOSPEDALIERE ED ACCERTAMENTI

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 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.

9.8 VISITE 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.

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

Il massimale annuo assicurato per le prestazioni sopra indicate corrisponde a **€ 4.500,00 per persona e/o per nucleo familiare**.

9.9 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI IN NETWORK

La Società riconosce, nell'ambito del network delle strutture convenzionate, le spese per 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.

Il massimale annuo assicurato per le prestazioni sopra indicate corrisponde a **€ 1.500,00 per persona e/o per nucleo familiare**.

9.10 ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società rimborserà le prestazioni che sono elencate nella tabella successiva:

<ul style="list-style-type: none"> Angiografia Artrografia - Broncografia - Cisternografia - Cistografia - Clisma opaco - Colangiografia - Colangiografia percutanea - Colecistografia - Dacriocistografia - Defecografia - Discografia - 	<ul style="list-style-type: none"> Pneumoencefalografia - Radioterapia - Retinografia - Rx esofago, Rx tubo digerente - Scialografia - Splenoportografia - Tomografia torace, Tomografia in genere, - Tomografia logge renali, Tomoxerografia - Tomografia ad emissione di positroni (PET) - Urografia - Vesciculodeferentografia - Mammotome
<ul style="list-style-type: none"> - Fistelografia - 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

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 alleggi 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, l'Assicurato 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.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate è pari a **10.000 euro** a nucleo condiviso con "Prevenzione odontoiatrica" e "Ticket per visite specialistiche o accertamenti diagnostici".

9.11 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 non è obbligatorio fornire la prescrizione medica contenente la presunta patologia o la patologia accertata, purché venga presentato il foglio di prenotazione nel caso in cui la ricevuta del ticket non riporti il dettaglio delle prestazioni fruite.

Sono escluse le 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.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate è pari a **10.000 euro** a nucleo condiviso con "Alta specializzazione" e "Prevenzione odontoiatrica".

9.12 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

La polizza comprende i seguenti trattamenti fisioterapici, a seguito di **malattia, anche cronica, (comprese le algie)** o di **infortunio** in presenza di un certificato di pronto soccorso o di medico

specialista che ha in cura l'Assicurato, 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.

La disponibilità annua per la garanzia delle prestazioni fisioterapiche è di:

- € 700,00 per il dipendente o il nucleo familiare in caso di infortunio;
- € 250,00 per il dipendente o il nucleo familiare in caso di malattia.

In entrambi i casi, sia in regime di assistenza diretta che in regime di assistenza indiretta rimarrà a carico dell'assicurato uno scoperto pari al **30%** con il minimo non indennizzabile di **€ 75,00 per ciascuna tipologia di prestazione e per ogni ciclo di terapia.**

9.13 PREVENZIONE ODONTOIATRICA

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'Assicurato 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.**

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate è pari a **10.000 euro** a nucleo condiviso con "Alta specializzazione" e "Ticket per visite specialistiche o accertamenti diagnostici".

9.14 CURE ODONTOIATRICHE, PROTESI ODONTOIATRICHE, ORTODONZIA

Nel limite annuo assicurato di **€ 400,00 per nucleo familiare** la Società provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribassamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche. Si precisa che sono da intendersi escluse le visite di prevenzione e la detartrasi.

La presente garanzia viene prestata solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società: le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime.

La Società rimborsa i ticket sanitari a suo carico al **100%**, nel caso in cui l'Assicurato effettui la prestazione presso una struttura del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate.

11. PIANO AGGIUNTIVO

- Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici fuori network;
- Interventi chirurgici odontoiatrici;
- Medicina Preventiva.

10.1 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 (comprese le algie) 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 alleggi 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.**

10.2 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, senza applicazione di scoperti e/o franchigie.

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.

10.3 MEDICINA PREVENTIVA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di medicina preventiva elencate nei pacchetti di cui sotto effettuate in strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione può essere fruito una volta l'anno per ciascun Assicurato.

Le prestazioni dovranno essere richieste in un unico contesto temporale e potranno essere effettuate in giornate diverse sulla base delle disponibilità della struttura sanitaria e dell'Assicurato. È anche possibile richiedere esclusivamente una o più prestazioni presenti nel pacchetto prevenzione, tuttavia le prestazioni che non venissero richieste contestualmente non potranno più essere erogate nello stesso anno assicurativo.

Per gli assicurati di sesso femminile:

- visita cardiologica con ECG anche sotto sforzo (su indicazione medica)
- visita ginecologica comprensiva di ecografia transvaginale
- ecografia dell'addome completo
- Moc (Mineralometria Ossea Computerizzata) ogni 2 anni a partire dai 50 anni

Per gli assicurati di sesso maschile:

- visita cardiologica con ECG anche sotto sforzo (su indicazione medica)
- accertamento dell'antigene prostatico specifico dai 50 anni
- ecografia dell'addome completo.

Per tutti gli assicurati sono previsti i seguenti esami sangue:

- ALT e AST
- gamma GT
- glicemia
- colesterolo totale
- colesterolo HDL
- trigliceridi
- urea
- creatina
- emocromo
- tempo di protrombina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- VES

- esame delle urine
- una visita dermatologica per controllo nei, con esame della cute.

Ogni assicurato potrà usufruire della garanzia una volta per annualità assicurativa.

In assenza di strutture convenzionate nel raggio di 30km dal domicilio dell'Assicurato o dal suo luogo di lavoro, l'Assicurato, **sempre su indicazione della Centrale Operativa**, potrà effettuare le prestazioni presso strutture non convenzionate e richiederne il rimborso fino al limite di **€ 250,00**.

CONDIZIONI VALIDE PER IL PIANO BASE E PER IL PIANO AGGIUNTIVO

12. Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione:

1. 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;
2. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato, in quanto non viene ritenuto opportuno tutelare azioni delittuose;

3. le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
4. le conseguenze di guerre o insurrezioni;
5. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso dell'alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
6. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici;
7. 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;
8. i ricoveri durante i quali vengono effettuati solo accertamenti o terapie fisiche, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
9. 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;
10. la fecondazione assistita e cura della sterilità;
11. 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;
12. i ricoveri per lunga degenza, ossia quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

13. Liquidazione dei rimborsi/indennizzi.

La copertura dei sinistri può avvenire nelle seguenti due modalità:

12.1 Assistenza Diretta

L'Assistito che intenda usufruire di prestazioni sanitarie ambulatoriali o in ricovero presso strutture sanitarie convenzionate con *regime di assistenza diretta*, deve preventivamente prendere contatto con la Centrale Operativa telefonando al numero verde dedicato con un preavviso di almeno tre giorni lavorativi (72 H) dalla data fissata per l'appuntamento, comunicando:

- generalità dell'assistito;
- prescrizione medica della prestazione richiesta in cui sia indicata la motivazione e/o il quesito diagnostico, eccetto per le prestazioni di medicina preventiva;
- in caso di infortunio è necessario presentare referto del Pronto Soccorso o in alternativa certificato medico dello specialista che ha in cura l'Assistito;
- indicazione della struttura sanitaria e del medico.

Se la richiesta ha carattere di urgenza e perviene oltre il termine del preavviso minimo di due giorni lavorativi, la Centrale Operativa si impegna a gestirla. Limitatamente ai ricoveri, in caso

di comprovata urgenza (documentata da certificato di prescrizione medica), ove il preavviso non fosse possibile, l'Assistito, entro e non oltre 48 (quarantotto) ore dal ricovero e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata, potrà chiedere la presa in carico del ricovero stesso.

Nel caso in cui la Centrale Operativa invii comunicazione di diniego, dovrà esporre i motivi di natura amministrativa e/ medico assicurativa per cui la pratica in carico è negata o per la quale dovrà essere fornita ulteriore documentazione.

Qualora la presa in carico sia parziale, ovvero riguardi solo una parte delle prestazioni richieste (esempio analisi di laboratorio), la Centrale Operativa deve precisare quali siano le prestazioni prese in carico e quali quelle che restano a carico dell'Assistito con la relativa motivazione. La Centrale Operativa deve altresì fornire l'importo di eventuali franchigie o scoperti contrattuali a carico dell'Assistito.

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 12.2 per l'assistenza indiretta.

La Compagnia metterà a disposizione dell'Assicurato una Centrale Operativa con numero verde operativo almeno dal Lunedì al Venerdì dalle 8.30 alle 19.

12.2 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, procederà ad evadere le pratiche di rimborso in massimo 30 giorni.

Per valutare in modo corretto il sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società può sempre chiederne anche gli originali.

La Società si impegna a mettere in pagamento l'indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 30 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria. 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.

12.3 Modalità di invio delle richieste di rimborso

L'Assicurato potrà richiedere il rimborso tramite modalità on line. 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.

Al fine di ottenere il rimborso l'Assicurato dovrà presentare la seguente documentazione:

- In caso di ricovero: copia della cartella clinica conforme all'originale;
- Per le spese extraospedaliere, con esclusione della medicina preventiva: prescrizione medica con quesito diagnostico;
- Per i ticket: foglio di prenotazione o ricevuta "parlante";
- Per i trattamenti fisioterapici: prescrizione con quesito diagnostico; in caso di infortunio referto del Pronto soccorso o, in alternativa, certificato del medico specialista che ha in cura l'Assistito;
- Per le cure dentarie: copia della fattura dello specialista con dettaglio delle prestazioni effettuate;

La documentazione di cui sopra va aggiunta alla copia delle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate.

14. Reportistica sinistri

Al termine di ogni semestre, e comunque entro i 15 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, liquidati, sospesi e respinti 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 ALL'ALLEGATO 2.

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

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

Per ogni giorno di ritardo nella trasmissione dei report rispetto ai 15 giorni solari successivi alla scadenza della semestralità, l'Ente Associato ha la facoltà di applicare una penale nella misura dell'1% dell'importo mensile della polizza (premio annuo/12).

15. Penali

In caso di reclami che accertino errori liquidativi e/o inottemperanze alle tempistiche di gestione dei sinistri reiterato, accertati in sede di Commissione Paritetica, e quantificabile in misura non inferiore al 10% delle pratiche gestite per ogni annualità assicurativa, l'Ente Associato potrà applicare una penale pari a €10.000.

ALLEGATO 1 - ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

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

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 echinococcosi 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 epatici
- 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
- 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

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- 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

Procedura aperta per l'affidamento di servizi assicurativi: Polizza Sanitaria e Polizza temporanea per caso morte (PTCM)

- 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

TABELLA 1 - PRESTAZIONI

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

PIANO BASE

Opzione	Massimali/somme assicurate scoperti e franchigie
A PRESTAZION OSPEDALIERE	
Massimale	200.000, euro per anno assicurativo e per nucleo
1. Ricovero per Grande intervento chirurgico	
Condizioni:	
- diretta	nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	scoperto 20% min. 500,00 e max 2.600,00
- misto	scoperto 20% min. 500,00 e max 2.600,00
- ticket	nessuno scoperto/franchigia
Limite retta di degenza a rimborso	210,00 euro al giorno (in caso di ricovero fuori rete)
Pre /post	100 gg / 100 gg
Assistenza infermieristica privata individuale	55,00 euro al giorno per massimo 30 giorni
Accompagnatore	55,00 euro al giorno per 30 giorni
Trasporto malato	2.000,00 euro per ricovero
Rimpatrio salma	2.000,00 euro
Indennità sostitutiva per Grande intervento chirurgico	80,00 euro al giorno per massimo 90 giorni
Indennità sostitutiva per intervento chirurgico, senza intervento chirurgico e per parto	55,00 euro al giorno per 90 giorni
Indennità da convalescenza	55,00 euro al giorno per 90 giorni
Indennità da immobilizzazione	55,00 euro al giorno per 30 giorni

Procedura aperta per l'affidamento di servizi assicurativi: Polizza Sanitaria e Polizza temporanea per caso morte (PTCM)

2. Ricovero in Istituto di cura per malattie oncologiche	
Massimale (condiviso con Accertamenti diagnostici oncologici)	14.000,00 euro per persona e/o per nucleo familiare
- diretta	nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	scoperto 20% min. 500 00 euro
- ticket	nessuno scoperto/franchigia
3. Interventi di chirurgia ambulatoriale	
Massimale	10.000,00 euro per persona e/o per nucleo familiare
- diretta	nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	scoperto 20% min. 200,00 euro
- ticket	nessuno scoperto/franchigia
B PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
1. Accertamenti diagnostici oncologici	
Massimale (condiviso con Ricovero in Istituto di cura per malattie oncologiche)	14.000,00 euro per persona e/o per nucleo familiare
Condizioni:	
- diretta	nessuno scoperto/franchigia, franchigia di 30,00 euro per i componenti del nucleo familiare
- rimborso	scoperto 20% min. 35,00 euro per accertamento
- ticket	nessuno scoperto/franchigia
2. Visite specialistiche cardiologiche e oncologiche	
Massimale	4.500,00 euro per persona e/o per nucleo familiare
Condizioni:	
- diretta	nessuno scoperto/franchigia, franchigia di 30,00 euro per i componenti del nucleo familiare

Procedura aperta per l'affidamento di servizi assicurativi: Polizza Sanitaria e Polizza temporanea per caso morte (PTCM)

- rimborso	scoperto 20% min. 35,00 euro per accertamento
- ticket	nessuno scoperto/franchigia

3. Alta specializzazione	
Massimale	10.000,00 euro per persona e/o per nucleo familiare, condiviso con "Prevenzione odontoiatrica" e "Ticket per visite specialistiche o accertamenti diagnostici".
Condizioni	
- diretta	nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	scoperto 25% min. 35,00 euro per accertamento
- ticket	nessuno scoperto/franchigia
4. Ticket per visite specialistiche e accertamenti diagnostici	
Massimale	10.000,00 euro per persona e/o per nucleo familiare, condiviso con "Alta specializzazione" e "Prevenzione odontoiatrica".
Condizioni	
- ticket	nessuno scoperto/franchigia
5. Prevenzione odontoiatriche	
Massimale	10.000,00 euro per persona e/o per nucleo familiare, condiviso con "Alta specializzazione" e "Ticket per visite specialistiche o accertamenti diagnostici".
Condizioni	
- diretta	nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	scoperto 30% min. 50,00 euro per fattura/persona
6. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici in Network	
Massimale	1.500,00 euro per persona e/o per nucleo familiare
Condizioni	

Procedura aperta per l'affidamento di servizi assicurativi: Polizza Sanitaria e Polizza temporanea per caso morte (PTCM)

- diretta	nessuno scoperto/franchigia
7. Cure odontoiatriche, protesi odontoiatriche, ortodonzia	
Massimale	400,00 euro per nucleo familiare
Condizioni	
- diretta	nessuno scoperto/franchigia
- ticket	nessuno scoperto/franchigia
C PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE	
1. Cure fisioterapiche da infortunio	
Massimale	<ul style="list-style-type: none"> • € 700,00 per il dipendente o il nucleo familiare in caso di infortunio; • € 250,00 per il dipendente o il nucleo familiare in caso di malattia.
Condizioni:	
- diretta	scoperto 30% min. 75,00 euro per tipologia di prestazione e per ciclo di terapia
- rimborso	scoperto 30% min. 75,00 euro per tipologia di prestazione e per ciclo di terapia

PIANO AGGIUNTIVO

Opzione	Massimali/somme assicurate scoperti e franchigie
A PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
1. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici fuori network	
Massimale	1.500, euro per anno e per persona e per nucleo familiare.
- rimborso	scoperto 30% min. 50,00
2. Interventi chirurgici odontoiatrici	
Massimale	2.500, euro per anno assicurativo e per persona e/o nucleo familiare

Procedura aperta per l'affidamento di servizi assicurativi: Polizza Sanitaria e Polizza temporanea per caso morte (PTCM)

- rimborso	nessuno scoperto/franchigia
- ticket	nessuno scoperto/franchigia
3. Medicina preventiva	
Esami in elenco	

ALLEGATO 2 - REPORT SINISTRI

Andamento sinistri alla data del _____

Anno di competenza _____

Suddivisi per Titolare/Familiare

Tipologia Prestazione	n. sinistri aperti	Importo richiesto	Importo liquidato in RETE	Importo liquidato FUORI RETE	TICKET
Ricovero con intervento					
Ricovero senza intervento					
Grande Intervento Chirurgico					
Diaria sostitutiva					
pre e post ricovero					
Protesi					
Trattamenti Fisioterapici					
Cure dentarie					
Visite Specialistiche					
Alta Diagnostica					
Medicina Preventiva					

SINISTRI RESPINTI	N. SINISTRI	MOTIVAZIONE REIEZIONE

SINISTRI LIQUIDATI	N. SINISTRI	TEMPI MEDI DI LIQUIDAZIONE

NUMERO RECLAMI RICEVUTI DALLA COMPAGNIA	PERIODO DI RIFERIMENTO

Procedura aperta per l'affidamento di servizi assicurativi: Polizza Sanitaria e Polizza temporanea per caso morte (PTCM)

--	--