

Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETARIATO GENERALE

*DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE DI GESTIONE, PROMOZIONE
E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI*

CAPITOLATO TECNICO

Procedura aperta per l'affidamento del servizio di copertura integrativa delle spese sanitarie per il personale della Presidenza del Consiglio dei ministri

CIG n. 4870727B10

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PIANO SANITARIO

Fornitore: Società o impresa assicuratrice

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione nell'interesse proprio o di altre persone;

Assicurato/Assistito: i soggetti il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Indennizzo o indennità: la somma dovuta dalla Società, in caso di danno conseguente ad un sinistro, a titolo di rimborso.

Assicurazione: l'insieme delle garanzie prestate all'Assistito/Assicurato dalla polizza;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Polizza aggiuntiva: assicurazione facoltativa a carico dei dipendenti in servizio ed in quiescenza prevede prestazioni ulteriori rispetto alla polizza obbligatoria per il personale dipendente e alla polizza facoltativa per il personale in quiescenza;

Contributo: la somma dovuta dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri alla Cassa/Fondo

Massimale/Limite di Assistenza: l'importo stabilito nel presente Convenzione che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato/Assistito per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Istituto di Cura: ogni struttura sanitarie, pubblica o privata, regolarmente autorizzata, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Istituto di Cura convenzionato o centro convenzionato: ogni struttura sanitaria - come sopra definita - che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti, in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto a termini di polizza, direttamente dall'impresa;

Convenzione diretta/Rete: complesso delle strutture sanitarie, pubbliche o private, direttamente convenzionate con l'Assicuratore;

Equipe operatoria: il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento;

Ricovero: la degenza comportante pernottamento nell'istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;

Retta di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Day hospital: il ricovero in istituto di Cura che non comporta pernottamento

Intervento chirurgico: la tecnica terapeutica mediante uso di strumenti chirurgici, nonché la diatermocoagulazione, la crioterapia, la laser terapia;

Grande intervento chirurgico: ogni intervento chirurgico identificato come tale nell'apposito elenco riportato nel contratto;

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;

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

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

Grave malattia: ogni malattia elencata nell'elenco n. 3 riportato in calce alle presenti condizioni;

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;

Scoperto: la percentuale del danno prestabilita che in caso di sinistro l'Assistito/Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Compagnia non riconosce l'indennizzo;

Franchigia: la somma, determinata in misura fissa che dedotta dall'indennità, resta a carico dell'Assistito.

Network: rete convenzionata di Strutture, medici e dentisti

Capitolato tecnico/Capitolato speciale d'appalto/Capitolato speciale di polizza: Documento contenente norme di dettaglio e tecniche dell'appalto

Tariffario: prospetto tabellare di cui all'allegato 4 del presente Capitolato Tecnico

Art.1. Oggetto della Convenzione

La Società assicuratrice (di seguito denominata Fornitore) si dovrà impegnare ad erogare al Personale della Presidenza del Consiglio dei Ministri (in seguito denominata Amministrazione) ed ai rispettivi familiari di cui all'art.2 (in seguito denominati Assistiti), contributi economici per i casi di malattia, infortunio e parto, secondo le condizioni appresso indicate.

I rischi sono assunti dal Fornitore indipendentemente da visita medica.

Art. 2. Assistiti

L'assistenza, articolata secondo le condizioni di cui alla presente convenzione, dovrà essere prestata a favore dell'Assistito e si estende al coniuge ed ai figli conviventi fiscalmente a carico. Su richiesta e a carico dell'Assistito potrà includere anche il coniuge e i figli conviventi fiscalmente non a carico.

Per Assistito si intende:

- il personale in servizio, nonché figli e coniuge ivi compreso il convivente more uxorio e relativi figli conviventi fiscalmente a carico;
- il personale dei ruoli già dipendente dell'Amministrazione in stato di quiescenza fino al compimento del 75° anno di età, nonché figli e coniuge conviventi fiscalmente a carico ivi compreso il convivente more uxorio e relativi figli conviventi fiscalmente a carico. Per il personale in quiescenza avranno diritto ad aderire:
 - i dipendenti in quiescenza a decorrere dall'anno 2013
 - i dipendenti in quiescenza già coperti con la precedente convenzione.

Art.3. Operatività dell'assistenza

L'assistenza è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assistiti;
- senza limitazioni territoriali;
- durante il permanere del rapporto di lavoro con l'Amministrazione e fino alla prima scadenza annuale dell'assistenza in caso di cessazione del rapporto di lavoro per il personale dei ruoli;
- durante il permanere del rapporto di lavoro con l'Amministrazione e fino alla data di cessazione del comando per il personale in posizione di prestito;
- durante il periodo di quiescenza fino al compimento del 75° anno di età e comunque fino al termine dell'anno assistenziale nel quale l'Assistito avrà compiuto i 75 anni.

Art.4. Tipologie di prestazioni e condizioni assistenziali

Tutte le prestazioni dovranno necessariamente essere eseguite nell'ambito del network e mediante pagamento diretto.

In alternativa all'utilizzo della rete l'Assistito potrà comunque effettuare le prestazioni in S.S.N., mantenendo il diritto al rimborso integrale del ticket, anche con modalità di pagamento diretto c/o Centri Autorizzati.

Fermi i limiti previsti nelle singole garanzie, l'assistito avrà comunque la possibilità di scegliere anche medici non convenzionati con il network, in tal caso il rimborso delle parcelle dei medici avverrà nella misura massima prevista dal tariffario di cui all'allegato 4 del presente Capitolato tecnico e limitatamente alle prestazioni previste nell'ambito delle singole garanzie. Si precisa che

sull'importo previsto dal tariffario suddetto verranno applicati in ogni caso gli eventuali scoperti/franchigie previsti nelle singole garanzie.

Saranno in ogni caso riconosciute, in regime rimborsuale le sole spese relative alle prestazioni extraospedaliere nella misura massima prevista dal citato tariffario e limitatamente alle prestazioni previste nell'ambito delle singole garanzie. Si precisa che sull'importo previsto dai tariffari verranno applicati in ogni caso gli eventuali scoperti/franchigie previsti.

A. COPERTURA PER IL PERSONALE IN SERVIZIO – a carico dell'Amministrazione

Massimale

Per l'Assistito ed il nucleo familiare i contributi economici saranno erogati, per le prestazioni di cui alla presente Convenzione, fino alla concorrenza di una somma complessiva di € 100.000,00, intesa quale disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti del nucleo familiare assistito per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale.

Tale somma si intenderà raddoppiata in caso di grande intervento chirurgico (compreso nell'allegato n.1 alla presente Convenzione)

B. COPERTURA PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA – facoltativa a carico dell'Assistito

Massimale

Per l'Assistito ed il nucleo familiare i contributi economici saranno erogati, per le prestazioni di cui alla presente Convenzione, fino alla concorrenza di una somma complessiva di € 75.000,00, intesa quale disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assistito per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale.

Tale somma si intenderà raddoppiata in caso di grande intervento chirurgico (compreso nell'allegato n.2 alla presente Convenzione).

Art. 5 – Prestazioni

1. COPERTURA PER IL PERSONALE IN SERVIZIO- a carico dell'Amministrazione

1.1 PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI, CASE DI CURA O ALTRI ISTITUTI

Il Fornitore dovrà rimborsare:

a) in caso di intervento chirurgico, parto cesareo, in regime di ricovero o Day Hospital ovvero in regime ambulatoriale:

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (compresi apparecchi protesici, terapeutici ed endoprotesici applicati durante l'intervento);

- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
- Nel caso di ricovero in istituto di cura, le spese sostenute per le rette di degenza vengono rimborsate nel limite di € 150,00 al giorno;
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati in regime di assistenza diretta anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 gg. precedenti il ricovero;
- esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 90 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico; le prestazioni potranno essere effettuate anche in forma rimborsuale, entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 4 del presente Capitolato tecnico con applicazione ai prezzi del predetto tariffario degli scoperti previsti al punto 1.2 SCOPERTO / MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.
- nel caso di trapianto si intendono ricomprese le spese sostenute a fronte di espianto da donatore;

b) in caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico:

- l'assistenza medica ed infermieristica, accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, i medicinali riguardanti il periodo di ricovero;
- Nel caso di ricovero in istituto di cura, le spese sostenute per le rette di degenza vengono rimborsate nel limite di € 150,00 al giorno;
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati in regime di assistenza diretta anche al di fuori dell'istituto di cura nei 50 gg. precedenti il ricovero
- esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 50 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dal ricovero stesso; le prestazioni potranno essere effettuate anche in forma rimborsuale, entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 4 del presente Capitolato tecnico con applicazione ai prezzi del predetto tariffario degli scoperti previsti al punto 1.2 SCOPERTO / MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.
- in caso di parto fisiologico il Fornitore rimborsa sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero, con rimborso di € 2.000,00 anno/nucleo.

c) il Fornitore dovrà inoltre rimborsare:

- le spese di trasporto dell'Assistito infermo all'istituto di cura e viceversa- in caso di intervento chirurgico- con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ad eccezione dell'autovettura privata), con un rimborso di € 500,00 per ricovero (sia in Italia che all'estero);
- le spese di trasporto in ambulanza, in caso di ricovero, con un rimborso di € 250,00 per evento. Nei casi in cui nella località ove sono ubicate le sedi periferiche dell'Amministrazione non siano presenti strutture sanitarie convenzionate con il Fornitore ovvero nei casi in cui, per la presenza di una lista di attesa, la struttura non possa effettuare un ricovero urgente, verranno rimborsate agli Assistiti le spese per il trasporto ferroviario, andata e ritorno in 1° classe, dal luogo di residenza al capoluogo di provincia in cui sono presenti strutture sanitarie convenzionate. Per gli assistiti della Sicilia e della Sardegna, il rimborso riguarderà anche il trasporto aereo o navale, da e per il continente.

- le spese per la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera, la garanzia e prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero;
- per un periodo di 90 giorni successivi alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di convenzione, il Fornitore mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica con l'applicazione di uno scoperto del 35%. Il Fornitore concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato/Assistito secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse. Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare.
- Nei casi di ricovero in cui l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, il Fornitore dovrà corrispondere - su domanda dell'Assistito - l'importo richiesto a tale titolo nella misura del 50% della somma, salvo conguaglio a cure ultimate.

1.2 SCOPERTO / MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

- **Per gli interventi in totale regime di convenzione diretta** (sia struttura sanitaria che equipe medica):
 - se effettuati in regime di ricovero, con l'applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo di € 1.000,00 oltre ai limiti di rimborso pro die di € 150,00 giornalieri per la retta di degenza. Il materiale di intervento (compresi apparecchi protesici, terapeutici ed endoprotesici applicati durante l'intervento) con l'applicazione di uno scoperto del 50% ed un massimale di €3.000,00
 - se effettuati in regime ambulatoriale con l'applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo di € 800,00
- **Per gli interventi in regime di prestazione mista** (struttura sanitaria convenzionata ed equipe medica non convenzionata):

Qualora la degenza abbia luogo presso un centro convenzionato, ma l'assistito si avvalga, per l'intervento, di equipe medico-chirurgica non convenzionata, è comunque attivabile, il regime di assistenza diretta per le spese di ricovero con la Struttura Sanitaria Convenzionata con la seguente modalità:

- sulla parte di spesa relativa al ricovero presso la Struttura Sanitaria Convenzionata verrà applicato uno scoperto del 35% con il minimo di € 1.000,00 oltre ai limiti di rimborso pro die di € 150,00 giornalieri per la retta di degenza. Il materiale di intervento (compresi apparecchi protesici, terapeutici ed endoprotesici applicati durante l'intervento) con l'applicazione di uno scoperto del 50% ed un massimale di €3.000,00

- sulla parte di spesa relativa alle prestazioni dell'equipe medico-chirurgica non convenzionata verrà effettuato il rimborso entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 4 del presente Capitolato tecnico con applicazione ai prezzi del predetto tariffario di uno scoperto del 35% con il minimo di Euro 1.000,00

- **Per i ricoveri che non comportino intervento chirurgico in totale regime di convenzione diretta (sia struttura sanitaria che equipe medica):**

- applicazione di uno scoperto del 50% con il minimo di € 1.000,00 oltre ai limiti di rimborso pro die di € 150,00 giornalieri per la retta di degenza.

- **Per i ricoveri che non comportino intervento chirurgico in regime di prestazione mista (struttura sanitaria convenzionata ed equipe medica non convenzionata):**

Qualora la degenza abbia luogo presso un centro convenzionato, ma l'assistito si avvalga di equipe medica non convenzionata, è comunque attivabile, il regime di assistenza diretta per le spese di ricovero con la Struttura Sanitaria Convenzionata con la seguente modalità:

- sulla parte di spesa relativa al ricovero presso la Struttura Sanitaria Convenzionata verrà applicato uno scoperto del 50% con il minimo di € 1.000,00 oltre ai limiti di rimborso pro die di € 150,00 giornalieri per la retta di degenza.
- sulla parte di spesa relativa alle prestazioni dell'equipe medica non convenzionata verrà effettuato il rimborso entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 4 del presente Capitolato tecnico con applicazione ai prezzi del predetto tariffario di uno scoperto del 50% con il minimo di Euro 1.000,00

- **Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 1.3 "Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato/Assistito sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Fornitore rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato/Assistito nei Limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativi oneri a carico dell'Assicurato/Assistito, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto stabilito nei punti precedenti a seconda che le prestazioni siano svolte in strutture sanitarie private o pubbliche

convenzionate con il Fornitore ed effettuate da medici convenzionati o in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con il Fornitore ed effettuate da medici non convenzionati.

1.3- SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Se le spese di cui al precedente punto 1.1, lettere a) e b) sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, il Fornitore corrisponderà un'indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) di €70,00 giornalieri per assistito infermo.

In concomitanza di ricovero in struttura ospedaliera a carico del Servizio Sanitario Nazionale e nel caso in cui siano state sostenute anche delle spese da parte dell'Assistito infermo, il Fornitore rimborserà il maggiore importo risultante tra il conteggio della diaria giornaliera ed il rimborso delle altre spese sostenute come dalle prestazioni di cui al precedente punto 1.1, lettere a) e b).

1.4- PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI

1.4.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Fornitore provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti:

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitate
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €2.000,00 per nucleo familiare.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fornitore, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato/Assistito vengono liquidate direttamente dal Fornitore alle strutture medesime con applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile di € 100,00. Nel caso in cui l'Assicurato/Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con il Fornitore, le spese sostenute vengono rimborsate entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 4 del presente Capitolato tecnico con applicazione ai prezzi del predetto tariffario di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile di € 100,00. Nel caso in cui l'Assicurato/Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fornitore rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato/Assistito.

1.4.2 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (diversi da quelli previsti al precedente punto 1.4.1 "Alta Specializzazione")

Il Fornitore provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia. 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 alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fornitore, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato/Assistito vengono liquidate direttamente dal Fornitore alle

strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 55,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Nel caso di prestazioni non effettuate in regime di convenzione diretta, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato/Assistito vengono liquidate entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 4 del presente Capitolato tecnico con applicazione ai prezzi del predetto tariffario di una franchigia di Euro 55,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per nucleo familiare.

1.5 -CURE ONCOLOGICHE

Il Fornitore dovrà rimborsare entro un limite assistenziale di € 5.000,00 anno/nucleo, le spese sostenute a seguito di patologie oncologiche per:

- visite specialistiche;
- terapie radianti;
- chemioterapia;
- assistenza infermieristica domiciliare.

Il rimborso delle suindicate prestazioni avverrà solo in regime diretto con lo scoperto del 35% utilizzando in primo luogo il limite di assistenza di € 5.000,00 anno/nucleo, ovvero, in caso di esaurimento dello stesso, utilizzando quello di cui al precedente punto 1.4.

1.6- PROTESI

Il Fornitore dovrà rimborsare le spese per acquisto e riparazione di protesi ortopediche ed acustiche entro un limite anno/nucleo di € 700,00 con l'applicazione di uno scoperto del 35%.

1.7 -CURE DENTARIE

Il Fornitore, in presenza di certificato di pronto soccorso, dovrà rimborsare le spese per cure dentarie e paradentarie rese necessarie da infortunio. Dovrà altresì rimborsare le spese per cure dentarie e paradentarie che siano la conseguenza di patologie neoplastiche.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per nucleo familiare, con l'applicazione di uno scoperto del 35% in caso di regime diretto e, nel caso di regime indiretto, entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 4 del presente Capitolato tecnico con l'applicazione ai prezzi del predetto tariffario di uno scoperto del 35% .

1.8 PREVENZIONE ODONTOIATRICA (garanzia valida per ogni Assicurato/Assistito)

Il Fornitore provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate con il Fornitore indicate dalla Centrale Operativa del Fornitore previa prenotazione. Le prestazioni sotto indicate, che costituiscono la prevenzione, devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

Restano invece a carico dell'Assicurato/Assistito, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato/Assistito, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con il Fornitore, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco della stesso anno assicurativo, il Fornitore provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

2. COPERTURA PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA - facoltativa a carico del Assistito

2.1. Il Fornitore dovrà rimborsare in caso di grande intervento chirurgico ricompreso nell'allegato n.2 alla presente Convenzione:

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (compresi apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento)
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
- Nel caso di ricovero in istituto di cura convenzionato con il Fornitore, le rette di degenza vengono pagate dal Fornitore stesso senza limite di importo giornaliero. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con il Fornitore, le spese sostenute per le rette di degenza vengono rimborsate nel limite di € 150,00 al giorno;
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 30 gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 30 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
- nel caso di trapianto si intendono ricomprese le spese sostenute a fronte di espianto da donatore.
- le spese per la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera, la garanzia e prestata nel limite di € 35,00 al giorno per un massimo di 15 giorni per ricovero
- per un periodo di 60 giorni successivi alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di convenzione, il Fornitore mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. Il Fornitore concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato/Assistito secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse. Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare
- Nei casi di ricovero in cui l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, il Fornitore dovrà corrispondere - su domanda dell'Assistito - l'importo richiesto a tale titolo nella misura del 50% della somma, salvo conguaglio a cure ultimate.

2.2 SCOPERTO / MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con il Fornitore ed effettuate da medici convenzionati.

- **Per i Grandi interventi in totale regime di convenzione diretta** (sia struttura sanitaria che equipe medica):
 - se effettuati in regime di ricovero, con l'applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo di € 1.000,00 oltre ai limiti di rimborso pro die di € 150,00 giornalieri per la retta degenza. Il materiale di intervento (compresi apparecchi protesici, terapeutici ed endoprotesici applicati durante l'intervento) con l'applicazione di uno scoperto del 50% ed un massimale di €3.000,00
- **Per i Grandi interventi in regime di prestazione mista** (struttura sanitaria convenzionata ed equipe medica non convenzionata):

Qualora la degenza abbia luogo presso un centro convenzionato, ma l'assistito si avvalga, per l'intervento, di equipe medico-chirurgica non convenzionata, è comunque attivabile, il regime di assistenza diretta per le spese di ricovero con la Struttura Sanitaria Convenzionata con la seguente modalità:

- sulla parte di spesa relativa al ricovero presso la Struttura Sanitaria Convenzionata verrà applicato uno scoperto del 35% con il minimo di € 1.000,00 oltre ai limiti di rimborso pro die di € 150,00 giornalieri per la retta di degenza. Il materiale di intervento (compresi apparecchi protesici, terapeutici ed endoprotesici applicati durante l'intervento) con l'applicazione di uno scoperto del 50% ed un massimale di €3.000,00
- sulla parte di spesa relativa alle prestazioni dell'equipe medico-chirurgica non convenzionata verrà effettuato il rimborso entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 4 del presente Capitolato tecnico con applicazione ai prezzi del predetto tariffario di uno scoperto del 35% con il minimo di Euro 1.000,00

b) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 2.4 "Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato/Assistito sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Fornitore rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato/Assistito nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativi oneri a carico dell'Assicurato/Assistito, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto stabilito nei punti precedenti a seconda che le prestazioni siano svolte in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con il Fornitore ed effettuate da medici convenzionati oppure in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con il Fornitore ed effettuate da medici non convenzionati.

2.3 PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Fornitore provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

- Accertamenti Endoscopici
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa anglo RMN)

- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per nucleo familiare.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fornitore, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato/Assistito vengono liquidate direttamente dal Fornitore alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile di € 55,00 per ogni accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Assicurato/Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con il Fornitore, le spese sostenute vengono rimborsate entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 4 del presente Capitolato tecnico con applicazione ai prezzi del predetto tariffario di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile di € 55,00 per ogni accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Assicurato/Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fornitore rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato/Assistito.

2.4 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Se tutte le spese di cui al precedente punto 2.1 sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, il Fornitore corrisponderà un'indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) di € 50,00 giornalieri per assistito infermo.

In concomitanza di ricovero in struttura ospedaliera a carico del Servizio Sanitario Nazionale e nel caso in cui siano state sostenute anche delle spese da parte dell'assistito infermo, il Fornitore rimborserà il maggiore importo risultante tra il conteggio della diaria giornaliera ed il rimborso delle altre spese sostenute come dalle prestazioni di cui al precedente punto 2.1.

2.5 ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Il Fornitore garantisce l'erogazione in regime di assistenza diretta dell'assistenza infermieristica privata individuale per un periodo massimo di 15 giorni; in alternativa, in regime indiretto, l'assistito potrà richiedere il rimborso per l'assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 35,00 al giorno per un massimo di 15 giorni.

3. COPERTURA AGGIUNTIVA- facoltativa a carico dell'Assistito

La Copertura aggiuntiva facoltativa prevede prestazioni ulteriori rispetto a quelle comprese nelle polizze di cui ai precedenti punti 1) e 2) e ne innalza la disponibilità massima rimborsabile per ciascun anno assistenziale per nucleo familiare assistito.

3.1 MASSIMALE

Personale in servizio

Per l'Assicurato/Assistito ed il nucleo familiare il massimale annuo di assistenza di cui al punto A dell'art. 4 verrà innalzato da € 100,000,00 ad € 200,000,00 e in caso di Grande intervento da € 200.000,00 ad € 300.000,00.

Personale in quiescenza

Per l'Assicurato/Assistito ed il nucleo familiare il massimale annuo di assistenza di cui al punto B dell'art. 4 verrà innalzato da € 75.000,00 ad € 150.000,00

3.2 PRESTAZIONI

3.2.1 VISITE SPECIALISTICHE

Il Fornitore provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fornitore, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato/Assistito vengono liquidate direttamente dal Fornitore alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 55,00 per ogni visita specialistica.

Nel caso di prestazioni non effettuate in regime di convenzione diretta, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato/Assistito vengono liquidate entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 4 del presente Capitolato tecnico con applicazione ai prezzi del predetto tariffario di una franchigia di Euro 55,00 per ogni visita specialistica.

Nel caso in cui l'Assicurato/Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fornitore rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato/Assistito.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 200,00 per nucleo familiare.

3.2.2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Il Fornitore provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, semprechè siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fornitore, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato/Assistito vengono liquidate direttamente dal Fornitore alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile di € 35,00 per seduta di fisioterapia.

Nel caso in cui l'Assicurato/Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a con personale non convenzionato con il Fornitore, le spese sostenute vengono rimborsate entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 4 del presente Capitolato tecnico con applicazione ai prezzi del predetto tariffario di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile di € 35,00 per seduta di fisioterapia.

Nel caso in cui l'Assicurato/Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fornitore rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato/Assistito.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 250,00 per nucleo familiare.

3.2.3 MEDICINALI NON MUTUABILI

Il Fornitore provvede al rimborso delle spese per medicinali non mutuabili prescritti a seguito di malattia o infortunio.

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

Rientrano in garanzia i medicinali presenti nel prontuario farmacologico per i quali il rimborso delle spese è effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 35% e con minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni scontrino.

Ai fini del rimborso è necessario l'invio della seguente documentazione:

- copia delle prescrizioni mediche nominative;
- fustelle staccate dalla confezione del farmaco o parte della confezione del farmaco da cui risultino denominazione e prezzo del farmaco;
- relativi scontrini fiscali.

Non verrà, in ogni caso previsto il rimborso per medicinali quali ad esempio viagra, prodotti dietologici, anticoncezionali, prodotti di dermocosmesi e da banco.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 350,00 per nucleo familiare.

3.2.4 ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Il Fornitore garantisce l'erogazione in regime di assistenza diretta dell'assistenza infermieristica privata individuale per un periodo massimo di 30 giorni; in alternativa, in regime indiretto, l'assistito potrà richiedere il rimborso per l'assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni.

3.3 MEDICINA PREVENTIVA

Il Fornitore provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con il Fornitore indicate dalla Centrale Operativa del Fornitore previa prenotazione. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini

- prelievo venoso
- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- PSA
- Visita cardiologica + Ecg

Prestazioni previste per le donne

- prelievo venoso
- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- pap-test
- Visita ginecologica

3.4 INDENNITA DI MALATTIA GRAVE:

Il Fornitore dovrà erogare, in caso di eventi gravi insorti successivamente alla data di sottoscrizione del contratto (di cui all'allegato n. 3), una indennità "*una tantum*" di € 1.000,00 per ogni Assicurato/Assistito.

4 - SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa del Fornitore telefonando al numero verde XXXXX dal lunedì al venerdì dalle XXX alle XXXXX.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia XXXXXXXX.

a) informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri Medici

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

Art. 6 – Contributi annui

1. COPERTURA PER IL PERSONALE IN SERVIZIO- a carico dell'Amministrazione

dipendente e nucleo fiscalmente a carico inteso come coniuge e figli risultante dallo stato di famiglia	€
---	---

ogni coniuge/convivente more uxorio o figlio non fiscalmente a carico risultante dallo stato di famiglia <u>(il cui costo è a carico del dipendente)</u>	€
--	---

Per presa visione (timbro e sigla) _____

2. COPERTURA PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA – facoltativa a carico dell'Assistito

dipendente in quiescenza e nucleo fiscalmente a carico come coniuge e figli risultante da stato di famiglia <u>(il cui costo e a carico del dipendente in quiescenza)</u>	€
ogni coniuge/convivente more uxorio o figlio non fiscalmente a carico risultante dallo stato di famiglia <u>(il cui costo e a carico del dipendente in quiescenza)</u>	€

3. COPERTURA AGGIUNTIVA -facoltativa a carico dell'Assistito

per ogni assistito/assicurato (ogni dipendente, dipendente in quiescenza, coniuge o figlio risultante da stato di famiglia- anche non fiscalmente a carico)	€
---	---

Per i familiari l'adesione alla copertura aggiuntiva potrà avvenire solo dopo aver acquistato la "copertura base".

Art.7- DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA

La copertura per gli Assicurati/Assistiti e relativi familiari avrà effetto dalle ore 00 del 1/04/2013 sia in forma rimborsuale che in forma diretta nelle strutture convenzionate con Il Fornitore, a condizione che l'elenco delle anagrafiche dei dipendenti in servizio pervenga, su supporto informatico, alla Società entro il 31/03/2013.

Qualora il suddetto file con i nominativi non pervenga alla Società entro la suddetta data, la copertura per gli Assicurati/Assistiti e i relativi familiari in forma diretta, nelle strutture convenzionate con il Fornitore, verrà gestita, fino al giorno in cui non verrà prodotto l'elenco dei dipendenti assicurati, attraverso il "fax assistito", alle seguenti modalità:

"Previo contatto con la Centrale Operativa del Fornitore, potrà essere ottenuta l'applicazione delle tariffe agevolate presso le strutture sanitarie convenzionate per le prestazioni coperte dalla presente Convenzione con il Fornitore.

Per le prestazioni il costo resterà a carico dell'assicurato/Assistito, il quale potrà portare a rimborso le spese sostenute".

La Contraente si impegna a fornire alla Società le schede di adesione, debitamente compilate, entro il 30/04/2013.

Art. 8 -INCLUSIONI/ ESCLUSIONI- VALIDO PER LA COPERTURA DEL PERSONALE IN SERVIZIO

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per gli Assicurati/Assistiti e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro il 15/04/2013, le movimentazioni all'interno della presente convenzione sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Coniuge e figli fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge e i figli fiscalmente a carico possono essere inclusi anche in un momento successivo al termine ultimo fissato per la consegna della scheda di adesione.

In questo caso la garanzia decorre dal giorno di effetto del contratto sempreché l'inclusione venga comunicata alla Società prima della fine dell'annualità assicurativa. Qualora la comunicazione non pervenga entro la scadenza dell'annualità assicurativa la garanzia decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

2) Coniuge e figli fiscalmente non a carico e convivente "more uxorio" risultanti dallo stato di famiglia

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge e i figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio", possono essere inclusi mediante invio dell'apposito modulo entro la data del 30/04/2013 e pagamento del relativo contributo entro il 15/05/2013 ed oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge e i figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio" risultanti dallo stato di famiglia di dipendenti neoassunti.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti

3) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti all'art. 2 "Assistiti" in un momento successivo alla decorrenza della convenzione è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. Per i familiari per i quali è previsto il versamento di un contributo aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo contributo; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società sempreché sia stato pagato il relativo contributo. Per i familiari per i quali non è previsto il versamento di un contributo aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata prima della fine dell'annualità assicurativa; in caso contrario decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

4) Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto della convenzione

Le inclusioni di dipendenti in data successiva a quella di effetto della convenzione sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente e i familiari indicati all'art. 2 "Assistiti", decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora il dipendente intenda inserire l'eventuale coniuge o figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio", tutti se risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto dell'assunzione e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo contributo alla Società.

5) Variazione del requisito di carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società; la copertura potrà essere mantenuta con versamento del contributo per il coniuge o per il figlio fiscalmente non a carico da parte del dipendente. Qualora il coniuge o il figlio non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente. Nel caso di acquisizione, in corso di copertura, del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia resterà comunque attiva per l'Assicurato/Assistito interessato, mentre il relativo contributo annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di acquisizione del suddetto requisito e la prima scadenza utile della convenzione verrà restituito all'Assicurato/Assistito stesso al netto delle imposte.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 2, 3, 4 e 5 del presente punto, il contributo da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del contributo annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

6) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari Assicurati/Assistiti cessano contestualmente dalla copertura sanitaria, fatta salva la possibilità per l'Assistito di proseguire nella copertura sanitaria fino alla prima scadenza annua, previo accordo con la Presidenza.

Per il personale di prestito la copertura assicurativa si interrompe all'atto di cessazione dal servizio presso la Presidenza del Consiglio, fatta salva la possibilità per l'Assistito di proseguire nella copertura sanitaria fino alla prima scadenza annua, previo accordo con la Presidenza.

In caso di passaggio in quiescenza, il neo pensionato e relativi familiari restano in copertura fino alla prima scadenza annua. Per l'annualità successiva, il neo pensionato potrà acquistare, per sè e per i relativi familiari, con costo a proprio a carico, la copertura prevista per il Personale in quiescenza.

Sarà cura del Contraente trasmettere tempestivamente le necessaria comunicazioni.

Art. 9 -INCLUSIONI/ ESCLUSIONI - VALIDO PER LA COPERTURA DEL PERSONALE IN QUIESCENZA

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per gli Assicurati/Assistiti e per i loro relativi familiari i quali non abbiano aderito alla stessa entro il 30/01/2014, le movimentazioni all'interno della presente convenzione sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Coniuge e figli fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia

Per i dipendenti in quiescenza alla data di effetto della convenzione, il coniuge e i figli fiscalmente a carico possono essere inclusi mediante pagamento del relativo contributo ed invio dell'apposito modulo entro la data del 30/01/2014.

In caso di decesso dell' Assicurato/Assistito gli eventuali familiari beneficiari saranno mantenuti in copertura fino alla prima scadenza annuale.

2) Coniuge e figli fiscalmente non a carico e convivente "more uxorio" risultanti dallo stato di famiglia

Per i dipendenti in quiescenza alla data di effetto della convenzione, il coniuge e i figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio", possono essere inclusi mediante pagamento del relativo contributo ed invio dell'apposito modulo entro la data del 30/01/2014.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

In caso di decesso dell'Assicurato/Assistito gli eventuali familiari beneficiari saranno mantenuti in copertura fino alla prima scadenza annuale.

3) Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla data di inclusione dell' Assicurato/Assistito è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite o, per i figli, nel caso di sopravvenuta ricorrenza delle condizioni per il diritto alla copertura. Essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo secondo le modalità indicate sul modulo medesimo. La copertura decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo contributo; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempreché sia stato pagato il relativo contributo.

4) Inserimento di nuovi pensionati in data successiva all'effetto della convenzione

Le inclusioni di dipendenti in quiescenza in data successiva a quella di effetto della convenzione sono possibili solo nel caso di passaggio in quiescenza. La garanzia per il pensionato e i familiari indicati all'art. 2 "Assistiti", decorre dal primo giorno dell'annualità successiva alla data di pensionamento sempreché l'Assistito abbia pagato il relativo contributo ed inviato l'apposito modulo entro 30 giorni dall'inizio della nuova annualità. Qualora il pensionato intenda inserire l'eventuale coniuge o figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio", tutti se risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto della sua iscrizione alla Società e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo contributo.

5) Variazione del requisito di carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società; la copertura potrà essere mantenuta con versamento del contributo per il coniuge o per il figlio fiscalmente non a carico da parte del dipendente in quiescenza. Qualora il coniuge o il figlio non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente.

Nel caso di acquisizione, in corso di copertura, del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia resterà comunque attiva per l'Assicurato/Assistito interessato, mentre il

relativo contributo annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di acquisizione del suddetto requisito e la prima scadenza utile della convenzione verrà restituito all'Assicurato/Assistito stesso al netto delle imposte.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 1, 2, 3, 4 e 5 del presente punto, il contributo da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del contributo annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

Art. 10 -INCLUSIONI/ ESCLUSIONI - VALIDO PER LA COPERTURA AGGIUNTIVA

1) INCLUSIONI/ESCLUSIONI PER ASSISTITI IN SERVIZIO E IN QUIESCENZA ALLA DATA DI DECORRENZA DELLA CONVENZIONE

Gli Assicurati/Assistiti alla data di decorrenza della copertura potranno aderire alla copertura aggiuntiva per se stessi e per i familiari fiscalmente e non fiscalmente a carico mediante compilazione ed invio alla Società dell'apposito modulo entro il 30/04/2013 e pagamento del relativo contributo entro il 15/05/2013, sempreché sia stata acquistata la copertura base.

Qualora l'Assicurato/Assistito abbia esteso la copertura prestata dal piano Base al nucleo familiare, potrà optare per una delle due seguenti soluzioni relativamente alla copertura aggiuntiva:

- a) assicurare se stesso e il nucleo familiare fiscalmente a carico;
- b) assicurare anche i familiari non fiscalmente a carico come indicato all'art. 6 "Contributi annui" punto 3.b.

I familiari come indicati all'art. 2 "Assistiti" debbono essere inseriti contestualmente al titolare.

Trascorsa la data di decorrenza della Convenzione, non sarà più possibile effettuare l'inserimento in copertura dei suddetti familiari, salvo una riapertura dei termini di adesione.

Nel caso di decadenza del diritto alla copertura dei componenti del nucleo familiare, la copertura nei loro confronti sarà operante fino alla prima scadenza annuale.

In caso di decesso dell'Assicurato/Assistito gli eventuali familiari beneficiari saranno mantenuti in copertura fino alla prima scadenza annuale.

2) INCLUSIONI DI FAMILIARI PER VARIAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla data di inclusione dell' Assicurato/Assistito è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite o, per i figli, nel caso di sopravvenuta ricorrenza delle condizioni per il diritto alla copertura. Essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo secondo le modalità indicate sul modulo medesimo. La copertura decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo contributo; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempreché sia stato pagato il relativo contributo.

3) INCLUSIONI/ESCLUSIONI NUOVE ASSUNZIONI

Per poter aderire al presente piano sanitario il neoassunto dovrà inviare alla Società' il "Modulo di adesione alla copertura aggiuntiva", debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto. La garanzia per il dipendente e relativi familiari indicati all'art.2 "Assistiti" primo capoverso, decorre dal

giorno dell'assunzione semprechè questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo contributo. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora il dipendente intenda inserire l'eventuale coniuge o figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio", tutti se risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto dell'assunzione e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo contributo.

Relativamente alle Inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 1, 2 e 3 del presente punto, il contributo da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del contributo annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo In corso.

I figli e il coniuge o convivente "more uxorio" dei neoassunti, possono essere inseriti contestualmente al titolare sempreché per il nucleo familiare sia stata acquistata anche il piano Base. Dopo tale data non sarà più possibile effettuare l'inserimento in copertura dei suddetti familiari, fatto salvo quanto specificato al precedente art. 10.2.

Art. 11 – Modalità di pagamento

Il corrispettivo di quanto dovuto alla Società per i pagamenti del personale beneficiario della convenzione sanitaria vengono effettuati con bonifico bancario sul conto indicato dallo stesso secondo la seguente tempistica: la prima volta all'inizio di ogni anno di riferimento, a seguito della verifica delle adesioni e successivamente a seguito di aggiornamenti periodici.

Al momento dell'emissione della presente convenzione la Contraente si impegna a versare alla Società, a titolo di anticipo di contributo a copertura del rischio assicurato, un importo pari a quello indicato nel frontespizio, calcolato su un numero stimato di 3284 dipendenti assicurati.

La Contraente provvederà a trasmettere alla Società ed al Fornitore le informazioni relative all'esatto numero dei dipendenti assicurati entro il 30/03/2013.

Tali informazioni verranno trasmesse mediante apposito supporto informatico, contenente i dati anagrafici degli Assicurati/Assistiti (cognome, nome, codice fiscale, luogo e data di nascita).

La Società procederà alla regolazione della rata contante mediante emissione di atto di variazione per l'importo a tal fine determinato.

Le movimentazioni che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa saranno gestite con apposito atto di variazione, a scadenza mensile, con incasso del relativo contributo di rata.

Ad ogni scadenza annua la Contraente si impegna a versare alla Società un anticipo di contributo calcolato sulla base del numero di dipendenti in copertura indicato nella presente convenzione. Seguirà la regolazione del contributo mediante emissione di atto di variazione per l'importo a tal fine determinato.

Art 12- Disposizioni antimafia

L'Aggiudicatario prende atto che l'affidamento dell'attività oggetto della presente Convenzione è subordinato all'integrale e assoluto rispetto della vigente normativa antimafia.

In particolare, l'Aggiudicatario medesimo garantisce, nelle more dell'espletamento della procedura di richiesta d'informazioni al Prefetto competente, che nei propri confronti non sono stati emessi

provvedimenti definitivi o provvisori, che dispongano misure di prevenzione o divieti, sospensioni o decadenze di cui alla predetta normativa, ne sono pendenti procedimenti per l'applicazione delle medesime disposizioni, ovvero condanne che comportino l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione. Lo stesso Aggiudicatario si impegna a comunicare immediatamente al Contraente, pena la risoluzione di diritto della presente Convenzione:

eventuali procedimenti o provvedimenti, definitivi o provvisori, emessi a suo carico ovvero del suo legale rappresentante, nonché dei componenti del proprio organo di amministrazione, anche successivamente alla stipula della Convenzione; ogni variazione della propria composizione societaria eccedente il 2% (due per cento); ogni altra situazione eventualmente prevista dalla legislazione emanata successivamente alla stipula della presente Convenzione.

Il Contraente fa espresso rinvio a quanto previsto dall'art.11 del già citato D.P.R. 252/1998, riservandosi di revocare o di recedere dalla Convenzione in esito alle informazioni fornite dal Prefetto e anche quando gli elementi relativi a tentativi di infiltrazione mafiosa siano accertati successivamente.

CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELLA COPERTURA

La copertura ha effetto dalle ore 00 del 01/04/2013, se il contributo sarà versato entro il 15/05/2013 fatto salvo, per la prima annualità, l'esito delle procedure di controllo. In caso di mancata registrazione da parte degli organi di controllo, le Parti si incontreranno per definire l'entità dei contributi dovuti per il periodo di copertura effettivamente garantito.

Se il Contraente non paga i contributi o le rate successive, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c., la copertura resta sospesa dalle ore 00 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 00 del giorno di pagamento.

Si precisa che, per il solo personale in quiescenza, l'effetto della copertura sarà a partire dalle ore 24 del 31/12/2013 sulla bse degli aderenti che verranno comunicati entro il 15 Dicembre 2013.

A.2 DURATA DELLA CONVENZIONE

La Convenzione ha durata 33 mesi e scade alle ore 24 del 31/12/2015 con revisione alla fine del primo biennio secondo le modalità sotto indicate.

VERIFICA DEL RAPPORTO TECNICO

Due mesi prima della scadenza della seconda annualità verrà effettuato il calcolo del rapporto fra i sinistri ed i contributi di competenza dell'anno 2014 nel modo che segue:

1) In presenza di un valore inferiore al 65% verranno apportate le seguenti modifiche contrattuali :

- Eliminazione della franchigia prevista per l'area ricovero e per l'intervento chirurgico ambulatoriale nel caso di utilizzo di strutture convenzionate.

Introduzione della seguente garanzia

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dalla copertura" punto 3, il Fornitore liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di impiantologia dentale:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

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

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, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di € 3.000,00 per Assicurato/Assistito.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fornitore, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato/Assistito vengono liquidate direttamente dal Fornitore alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 35%.

Nel caso in cui l'Assicurato/Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con il Fornitore, le spese sostenute vengono rimborsate entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 4 del presente Capitolato tecnico con l'applicazione ai prezzi del predetto tariffario di uno scoperto del 35% .

Nel caso in cui l'Assicurato/Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fornitore rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato/Assistito.

2) In presenza di un valore superiore al 65% le condizioni rimarranno immutate

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della convenzione debbono essere provate per iscritto.

A.4 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi alla copertura assicurativa sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della convenzione.

A.5 FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato/Assistito.

A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente convenzione è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

La Convenzione è regolata dalla legge Italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

A.8 ALTRE COPERTURE

Il Contraente è esonerato dal dichiarare l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato/Assistito di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c.

B- LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALLA COPERTURA

Rimangono escluse dalla copertura le spese sostenute per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. 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);
3. le protesi dentarie, la cura delle paraodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (fatto salvo per quanto previsto all'art. 5 "prestazioni" ai punti 1.7 "Cure dentarie" e 1.8 "Prevenzione odontoiatrica");
4. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
5. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
6. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato/Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato/Assistito 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.
7. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;

9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato/Assistito;
11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche nonché le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
12. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

B.3 LIMITI DI ETA'

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

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75° anno di età, la copertura cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questa Assicurato/Assistito.

C- SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato/Assistito o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa del Fornitore al numero verde gratuito XXXXXX (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia XXXXXXXXXX) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con il Fornitore" , C.1.2 "Sinistri in regime di prestazione mista" o C.1.3 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON IL FORNITORE L'Assicurato/Assistito

L'Assicurato/Assistito dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'istituto di cura, la lettera d'impegno, con cui l'Assicurato/Assistito si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato/Assistito dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

Il Fornitore provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato/Assistito delega il Fornitore a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie della convenzione.

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

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti C.1.2 "Sinistri in regime di prestazione mista" o C.1.3 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

C.1.2 SINISTRI IN REGIME DI PRESTAZIONE MISTA

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute in relazione ad equipe/medico non convenzionato, l'Assicurato/Assistito deve inviare direttamente alla sede del Fornitore la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero(*), copia integrale della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(*), copia integrale della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato/Assistito, a fronte di specifica richiesta da parte del Fornitore, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitarie di cui chiede il rimborso.

(*) Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero/intervento chirurgico ambulatoriale, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, il fornitore avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione. Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato/Assistito viene effettuato a cura ultimata e previa consegna al Fornitore della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite all'Assicurato/Assistito al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato/Assistito deve consentire eventuali controlli medici disposti dal Fornitore e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato. Qualora l'Assicurato/Assistito abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato/Assistito verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui agli artt. 1.2 e 2.2 " **Scoperto/Modalità di erogazione delle prestazioni**", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Il Fornitore provvederà, con cadenza settimanale, a ritirare le richieste di rimborso che verranno presentate dai dipendenti in copertura presso la sede della Presidenza del Consiglio dei Ministri di via della Mercede 96, c.a.p. 00187 Roma.

C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti **C.1.1** "Sinistri in strutture convenzionate con il Fornitore" o **C.1.2** " Sinistri in regime di prestazione mista ".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato/Assistito dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con il Fornitore

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dal Fornitore effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato/Assistito.

B) Prestazioni in regime di prestazione mista

La documentazione di spesa ricevuta dal Fornitore in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora il Fornitore dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali - si restituisce all'Assicurato/Assistito, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

Il Fornitore, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato /Assistito in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato/Assistito.

C.2 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato/Assistito.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato/Assistito.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designata, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro esclusa ogni responsabilità solidale.

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

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

IL PRESENTE CAPITOLATO TECNICO CONSTA DI N. 4 ALLEGATI:

ALLEGATO 1) ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

ALLEGATO 2) ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI Personale in quiescenza

ALLEGATO 3) DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE

ALLEGATO 4) TARIFFARIO

Tutti gli allegati dovranno essere timbrati e siglati con le modalità di cui al paragrafo 3.8/2 del Disciplinare di gara.

Tutti gli allegati sono reperibili sul sito della Presidenza del Consiglio dei ministri al seguente URL:

http://www.governo.it/trasparenza_valutazione_merito/gare_contratti/index.html

Per presa visione (timbro e firma)

Per presa visione (timbro e sigla) _____