

**POLIZZA COLLETTIVA
RIMBORSO SPESE MEDICHE
A FAVORE DEI DIPENDENTI DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA LA SAPIENZA**

CONTRAENTE/CASSA SANITARIA:

ASSOCIATO
Università degli Studi di Roma “La Sapienza”
Piazzale Aldo Moro, 5
– 00185 Roma –
CF: 80209930587 PI: 02133771002

SOCIETA'

VERSIONE DEL 24.11.2020

N.B. in fase di emissione di contratto il capitolato verrà modificato secondo quanto l'aggiudicatario ha offerto in sede di gara.

Sommario

1. Premessa	4
2. Condizioni comuni a tutte le opzioni	4
Art. 1) - Esclusioni	4
Art. 2) - Estensioni di garanzia	5
Art. 3) - Permanenza in assicurazione – Limiti di età	5
Art. 4) - Estensione Territoriale	5
Art. 5) - Durata dell'assicurazione	5
Art. 6) - Premio	5
Art. 7) - Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio	6
Art. 8) - Modalità di estensione - modalità di raccolta delle adesioni.	6
Art. 9) - Variazione delle persone assicurate (dipendenti)	7
Art. 10) - Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia	7
Art. 11) - Modalità gestione anagrafiche degli assicurati	7
Art. 12) - Altre assicurazioni	8
Art. 13) - Criteri di Liquidazione	8
Art. 14) - Denuncia del Sinistro	8
Art. 15) - Anticipo indennizzi	10
Art. 16) - Interpretazione del contratto	10
Art. 17) - Forma delle comunicazioni	10
Art. 18) - Imposte	11
Art. 19) - Gestione della polizza affidata all'Intermediario MARSH S.p.A	11
Art. 20) - Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L.n°. 136/2010	11
Art. 21) - Adempimenti in materia di “privacy”	12
Art. 22) - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio	12
Art. 23) - Termini di prescrizione.	12
Art. 24) - Partecipazione delle Società' - Associazione temporanea di imprese (operante se del caso).	13
POLIZZA BASE	14
POLIZZA GOLD	18
ALLEGATO 2 – ELENCO GRANDI INTERVENTI	23
QUADRO DI RIEPILOGO - POLIZZA BASE	29
QUADRO DI RIEPILOGO - POLIZZA GOLD	31

DEFINIZIONI

Associato:	Università degli Studi di Roma La Sapienza.
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
Assicurato:	<ul style="list-style-type: none">a. il dipendente dell'Università La Sapienza che usufruisce delle prestazionib. le persone appartenenti al nucleo familiare fiscalmente a carico per il quale il dipendente assicurato abbia corrisposto il relativo premio di assicurazione a totale carico del dipendente che ne faccia richiestac. il coniuge o convivente more uxorio o figli, non fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia per il quale il dipendente assicurato abbia corrisposto il relativo premio di assicurazione a totale carico del dipendente che ne faccia richiesta.
Malattia:	alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Infortunio:	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
Massimale per nucleo familiare:	la disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per tutti i componenti il medesimo nucleo familiare che fa capo all'Assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che diano diritto al rimborso nell'anno assicurativo.
Franchigia:	la somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.
Scoperto:	la somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.
Ricovero:	degenza in Istituto di cura che comporta almeno un pernottamento.
Istituto di cura:	Ospedale, Clinica, Casa di Cura ed ogni altra struttura sanitaria di ricovero, dotati di attrezzature per il pernottamento di pazienti.
Nucleo familiare Fiscalmente a Carico:	il coniuge, il convivente more uxorio – anche dello stesso sesso purchè risultante da certificato di residenza o da autocertificazione di convivenza - , i figli conviventi, risultanti dallo stato di famiglia (anche del coniuge o del convivente more uxorio), nonché ai figli non conviventi purchè fiscalmente a carico (anche del coniuge o del convivente more uxorio).
Familiare non fiscalmente a carico:	coniuge o convivente more uxorio - anche dello stesso sesso purchè risultante da certificato di residenza o da autocertificazione di convivenza - o figli, non fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia.

1 PREMESSA

La Compagnia di Assicurazioni, aggiudicataria della gara per la stipula di un contratto concernente il rimborso delle spese sanitarie in favore del personale tecnico amministrativo (TAB) dell'Associato – Università di Roma La Sapienza e la Cassa sulla base di specifici accordi intervenuti tra di esse, si impegnano ad erogare al personale TAB, quanto previsto dal presente contratto.

Il contratto prevede due opzioni:

- POLIZZA BASE - stipulata in forma obbligatoria a favore del personale TAB dell'Associato (Università La Sapienza) – il cui costo pari a € 200,00 pro-capite è a carico dell'Università La Sapienza.
- POLIZZA GOLD – opzione migliorativa per la quale il costo ulteriore, rispetto ai 200 € pro-capite stanziati dall'Associato, sarà a totale carico del dipendente.

E' facoltà del dipendente, anziché aderire alla POLIZZA "BASE" per la quale viene sostenuto interamente il costo da parte dell'Università, aderire alla POLIZZA "GOLD", che prevede condizioni più estese e migliorative rispetto alla copertura BASE.

Le garanzie possono essere estese – con premio a carico del dipendente stesso - al rispettivo nucleo familiare fiscalmente a carico intendendo per tale il coniuge, il convivente more uxorio – anche dello stesso sesso purchè risultante da certificato di residenza o da autocertificazione di convivenza -, i figli conviventi, risultanti dallo stato di famiglia (anche del coniuge o del convivente more uxorio), nonché ai figli non conviventi purchè fiscalmente a carico (anche del coniuge o del convivente more uxorio).

Le garanzie possono inoltre essere estese – con premio a carico del dipendente stesso - ai rispettivi familiari non fiscalmente a carico intendendo per tali coniuge o convivente more uxorio - anche dello stesso sesso purchè risultante da certificato di residenza o da autocertificazione di convivenza - o figli, non fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia.

Il premio complessivo del contratto verrà versato dall'Università La Sapienza di Roma alla Cassa d'Assistenza. Gli Uffici competenti dell'Ente tratterranno gli eventuali importi dovuti per le adesioni facoltative sulla retribuzione del dipendente.

2 CONDIZIONI COMUNI A TUTTE LE OPZIONI

Art. 1) – Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione:

- le intossicazioni dovute ad abuso di alcoolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo, in quest'ultimo caso, la somministrazione terapeutica), allucinogeni e simili;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia e plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio o da pregressa chirurgia demolitiva);

- tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla "fecondazione assistita" e/o "fecondazione eterologa"
- degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS;
 - le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le nevrosi.

Art. 2) - Estensioni di garanzia

Sono incluse nell'assicurazione:

- le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza nonché le malattie croniche e recidivanti;
- gli interventi e le cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fermo quanto previsto dall'art. 1) "Esclusioni" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

La gravidanza è considerata malattia a tutti gli effetti.

Art. 3) – Permanenza in assicurazione – Limiti di età

Non sono assicurabili le persone di età superiore a 80 anni. Nel caso di compimento dell'80° anno di età durante il corso dell'annualità assicurativa, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Per le persone che risultino assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con l'Associato, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con l'Associato stesso. Allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro e pertanto non si darà seguito a rimborso del premio che si considera acquisito.

Art. 4) – Estensione Territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo intero.

Art. 5) – Durata dell'assicurazione

L'Assicurazione è stipulata per la durata di anni 3 con effetto dalle ore 24.00 del xxxxxxxx e scadenza alle ore 24.00 del xxxxxxxx e cesserà automaticamente la propria operatività alla scadenza, senza necessità di alcuna comunicazione formale da ognuna delle parti.

Tuttavia l'Associato avrà facoltà di richiedere alla Società, entro 90 giorni dalla scadenza, il rinnovo del contratto, alle medesime condizioni economiche e normative tutte in corso, per una durata di ulteriori 3 anni, laddove ritenuto opportuno e secondo la normativa vigente.

Art. 6) - Premio

Per il complesso delle prestazioni oggetto del presente capitolato i corrispettivi pro-capite, annui, lordi (vale a dire comprensivi dei premi e dei relativi oneri fiscali da versare), corrispondono ai seguenti importi:

POLIZZA BASE

- | | |
|--|--|
| 1. Dipendente | Euro 200,00 pro-capite
(a carico dell'Università) |
| 2. Nucleo familiare fiscalmente a carico
(escluso il dipendente titolare) | Europer nucleo |
| 3. Familiari non fiscalmente a carico | Europro-capite |

POLIZZA GOLD

- | | |
|--|--|
| 1. Dipendente | Euro pro-capite
(di cui € 200 a carico dell'Università) |
| 2. Nucleo familiare fiscalmente a carico
(escluso il dipendente titolare) | Europer nucleo |
| 3. Familiari non fiscalmente a carico | Europro-capite |

Alla scadenza di ogni annualità verrà verificato il numero degli Assicurati.

Art. 7) - Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio

Il premio del presente contratto ha frazionamento semestrale.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del xxxxxxxx, per tutto il personale tecnico amministrativo in forza alla data di effetto della copertura assicurativa, nonché per i componenti del nucleo familiare per i quale è stata espressa la facoltà di adesione, come da elenchi forniti dall'Associato entro 45 giorni dalla decorrenza.

A parziale deroga dell'art.1901 del codice civile, l'Associato è tenuto al pagamento della prima e delle successive rate di premio entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione del documento ritenuto formalmente corretto; se l'Associato non paga il premio entro 60 giorni, l'effetto dell'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che:

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

Art. 8) - Modalità di estensione - modalità di raccolta delle adesioni.

L'Associato deve produrre entro 45 giorni dalla decorrenza, e da ogni scadenza annuale, un file in formato elettronico comprensivo dell'elenco del personale tecnico amministrativo da assicurare, nonché per i componenti del nucleo familiare fiscalmente a carico e familiari non fiscalmente a carico per i quali è stata espressa la facoltà di adesione.

Il dipendente assicurato che intenda estendere al proprio nucleo familiare fiscalmente a carico e familiari non fiscalmente a carico la copertura assicurativa BASE potrà esercitare tale facoltà (con onere a proprio carico) entro 45 giorni dalla data di decorrenza della polizza, e ad ogni scadenza annuale, ferma l'efficacia della copertura assicurativa dalla data di effetto.

Inoltre è facoltà del dipendente aderire all'opzione chiamata GOLD, ed estenderla al proprio nucleo familiare fiscalmente a carico e familiari non fiscalmente a carico (con onere a proprio carico) entro 45 giorni dalla data di decorrenza, e ad ogni scadenza annuale della polizza, ferma l'efficacia della copertura assicurativa dalla data di effetto.

Si precisa che il dipendente ha la facoltà di inserire il proprio nucleo familiare fiscalmente a carico e i familiari non fiscalmente a carico solo nella POLIZZA da lui prescelta in qualità di titolare.

Il dipendente che ha aderito inizialmente alla POLIZZA GOLD, ha la facoltà, ad ogni scadenza annuale, di passare alla POLIZZA BASE, tale passaggio precluderà la possibilità di rientrare nella copertura GOLD fino alla scadenza naturale del contratto. Si precisa che il passaggio del dipendente titolare implica anche il passaggio degli eventuali familiari inseriti.

Il dipendente assicurato ha facoltà di disdetta della copertura assicurativa attivata per il proprio nucleo familiare alla fine di ogni anno assicurativo, con preavviso di gg. 30; tuttavia tale disdetta precluderà la possibilità di rientrare nella copertura fino alla scadenza naturale del contratto.

Qualora un dipendente non abbia aderito alla Copertura GOLD per il primo anno, sarà possibile per lui l'attivazione dello stesso piano solo dall'anno successivo.

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.

Art. 9) - Variazione delle persone assicurate (dipendenti)

L'assicurazione vale per le persone designate in applicazione.

Le inclusioni dei nuovi assunti potranno avvenire solo a partire dalla scadenza annua successiva all'assunzione.

In caso di esclusione di nuclei e/o persone in corso d'anno, non verrà effettuato alcun rimborso di premio che, pertanto, si considera acquisito dalla Società.

Art. 10) – Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

Salvo quanto previsto all'Art.8, l'inclusione di familiari, 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/adozioni.

La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempre a condizione che questa venga comunicata entro 30 gg.; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società.

Per le inclusioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il 100% del premio annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il 60% del premio annuo.

Entro 60 giorni dalla scadenza dell'annualità, in base alle variazioni intercorse e al criterio sopra esposto, si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in via definitiva alla Società.

Art. 11) – Modalità gestione anagrafiche degli assicurati

Premesso che:

- gli elenchi anagrafici dei soggetti assicurati, sono ricevuti direttamente dal Broker, da parte dell'Associato, l'Associato si impegna a fornire entro il termine di 45 giorni dalla data di effetto della polizza e dalla data di ogni ricorrenza annuale, l'elenco definitivo degli Assicurati tramite tracciato informatico concordato;
- le informazioni di cui sopra sono trasmesse informaticamente dal Broker alla Società.

Art. 12) - Altre assicurazioni

La Contraente è tenuta a denunciare alla Compagnia l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio. La Società entro 30 giorni dalla comunicazione può recedere dal contratto con preavviso di almeno 15 (quindici) giorni.

Art. 13) Criteri di Liquidazione

La Società metterà a disposizione degli Assicurati un portale web dedicato, tramite il quale l'Assicurato potrà effettuare le richieste di rimborso e caricare le copie della documentazione di spesa. Il portale dovrà consentire il caricamento delle copie delle prescrizioni contenenti la patologia presunta o accertata da parte del medico curante, copie delle fatture e della documentazione medica in formato pdf, nonché consentire all'Assicurato di verificare lo stato di lavorazione delle pratiche e l'aggiornamento della propria anagrafica compreso l'indicazione dell'Iban su cui effettuare i rimborsi. Oltre al canale web la Società metterà a disposizione degli Assicurati un Modulo di richiesta di rimborso a cui saranno allegati i documenti di spesa e i certificati, tutto in fotocopia. Il Modulo verrà inviato tramite posta all'indirizzo indicato dalla Società. La Società rimborserà le spese a seguito di presentazione da parte dell'Assicurato della documentazione completa dei documenti di spese (fattura e/o prescrizione medica, cartella clinica, etc) prodotti anche in fotocopia; dovrà inoltre garantire il rimborso, in un tempo massimo di 60 giorni, dal momento in cui la pratica risulti completa.

Art. 14) – Denuncia del Sinistro

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la **Centrale Operativa della Società**, al numero verde dedicato e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori e i medici della Centrale Operativa della Società saranno a 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 articoli *“Sinistri in strutture convenzionate con la Società”*, *“Sinistri in strutture non convenzionate con la Società”* e *“Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale”*.

Qualora l'assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate all'articolo *“Sinistri in strutture non convenzionate con la Società”*, ed all'art. *“Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”*.

14.1 Sinistri in Strutture convenzionate con la Società

L'Assicurato 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 la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

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

La Società provvederà a liquidare direttamente alla Struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le Strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La Struttura Sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una Struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti *“Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società”* e *“Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale”* e con l'applicazione di scoperti e franchigie previste nelle singole garanzie.

14.2 Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato dovrà inviare direttamente alla Società, tramite piattaforma o in modalità cartacea, la documentazione necessaria:

- in caso di ricovero*, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

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

Ai fini della corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato verrà effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruitive dall'Assicurato 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 dovrà consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società 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 abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

14.3 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero e/o di prestazioni extraricovero, previsti dalle condizioni di polizza, effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, le spese per i ticket sanitari verranno rimborsate integralmente, nel limite del massimale garantito, senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

Qualora il ricovero, previsto a termini di polizza, venga effettuato in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, in forma di assistenza diretta, la Società rimborserà le eventuali spese, per ticket sanitari o per rette di degenza, rimaste a suo carico. In questo caso, però, l'assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva.

Per ottenere il rimborso di ogni ticket sanitario riferito a prestazioni extraospedaliere l'Assicurato dovrà fornire la prescrizione medica contenente la presunta patologia o la patologia accertata.

14.4 Criteri di liquidazione relativa all'area ricovero e alle garanzie extraospedaliere in caso di infortunio o malattia

In tutti i casi in cui la copertura assicurativa opera in forma rimborsuale, la Società si impegna a liquidare i sinistri entro 60 gg. dalla presentazione della documentazione completa attinente la pratica (copia di documentazione medica, copia della documentazione di spesa, da cui risulti il relativo quietanzamento, ed eventuale documentazione specifica richiesta).

14.5 Gestione documentazione di spesa

A- Prestazioni in Strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla Struttura alla Società.

B - Prestazioni in Strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica verrà conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – dovrà essere restituita all'Assicurato, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

Art. 15) - Anticipo indennizzi

Nel caso di avvenuto ricovero in Istituto di cura è facoltà dell'Assicurato richiedere un anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura non superiore al **60%** delle stesse, previa contestuale presentazione alla Società di certificazione provvisoria dell'Istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, eventualmente la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

L'anticipazione delle spese può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare delle spese non sia inferiore a Euro **516,00**. Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa, si procede al conguaglio attivo o passivo.

Art. 16) – Interpretazione del contratto

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società

eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Associato.

Art. 17) - Forma delle comunicazioni

Le comunicazioni devono essere fatte a mezzo raccomandata, o posta elettronica o posta elettronica certificata.

Art. 18) – Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per Legge, presenti e futuri, relativi al premio ed agli accessori della polizza e degli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 19) - Gestione della polizza affidata all'Intermediario MARSH S.p.A

Per l'assistenza nella presente procedura, la Stazione Appaltante dichiara di essersi avvalsa e di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di Marsh SpA, di conseguenza tutti i rapporti inerenti i contratti oggetto della presente gara saranno gestiti, per conto della Stazione Appaltante dal Broker.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del dell'Università e dell'Assicurato dal Broker medesimo. Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il Broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede al Broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

Qualora l'Impresa aggiudicataria intenda avvalersi per l'amministrazione dei contratti di intermediari (art. 109 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni) appartenenti alla propria rete distributiva, nondimeno garantirà il rispetto delle modalità e termini di rimessa premi previsti, convenuti o comunque riconosciuti dalle procedure amministrative vigenti in caso di gestione diretta o tramite gerenza, al fine di garantire l'adeguato collegamento tra le parti, per il tramite del Broker. La remunerazione del Broker è posta a carico della Società aggiudicataria del contratto, nella misura stabilita del 8,5% del totale dei premi imponibili. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Compagnia alla propria rete di vendita diretta e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Amministrazione appaltante.

Art. 20) – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L.n°. 136/2010

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura - Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle

imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 21) - Adempimenti in materia di "privacy"

Ai sensi del Regolamento Europeo Privacy (679/2016) e ss.mm.ii., le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Si informa che i dati verranno trattati senza finalità eccedente l'oggetto della presente polizza e nel rispetto della riservatezza e segretezza delle persone fisiche e giuridiche.

Art. 22) - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società:

1. entro 30 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. oltre la scadenza contrattuale, ad ogni scadenza annuale e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati,

si impegna a fornire all'Associato per il tramite del Broker, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, così articolato:

- a) tipologia di prestazione (ricovero, visite specialistiche, ecc. cc) suddivisa tra Convenzionamento e Fuori Convenzionamento, possibilmente per ciascun Assicurato;
- b) importo riservato (con indicazione dell'importo a riserva per ciascun sinistro);
- c) importo liquidato (con indicazione dell'importo liquidato per ciascun sinistro);
- d) sinistri senza seguito, con la descrizione delle motivazioni di rigetto.

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

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto l'Associato per il tramite del Broker circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono all'Associato per il tramite del Broker di chiedere, ed ottenere, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

In caso di inadempienza da parte della Società, l'Associato per il tramite del Broker, provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni.

Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 50,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati, dall'Associato per il tramite del Broker, e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 23) - Termini di prescrizione.

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente polizza è di 2 (due) anni a norma dell'art. 2952 codice civile.

Art. 24) Partecipazione delle Società' – Associazione temporanea di imprese (operante se del caso).

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza può essere effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

Compagnia ... Società mandataria

Compagnia ... Società mandante

Compagnia ... Società mandante

Il termine "Società" indica, quindi, tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese. La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del Broker, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

Compagnia ... Quota xx%

Compagnia ... Quota xx%

Compagnia ... Quota xx%

POLIZZA BASE

La presente polizza prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato a seguito di Malattia o Infortunio, per le seguenti prestazioni sanitarie:

A) OSPEDALIERE

1. In caso di ricovero per Grande intervento chirurgico effettuato in Istituto di cura così come indicato nell'apposito allegato 2, fino alla concorrenza di un massimale di € 200.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare:

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici) effettuati nei 90 giorni precedenti e relativi all'intervento stesso;
- per gli onorari del Chirurgo, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali e per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- per rette di degenza;
- per le spese rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuate nei 120 giorni successivi al ricovero.

Per tale garanzia si applicherà una franchigia di € **1.500,00*** (*soggetta a miglioria tecnica*) in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto del 25% con il minimo di € **3.000,00** in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

2. Trasporto dell'assicurato

Per il trasporto dell'Assicurato dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, in caso di Grande Intervento, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di **Euro 1.100,00 in Italia ed Euro 2.000,00 all'estero** per anno e per nucleo familiare.

3. Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore

In istituto di cura o in struttura alberghiera in caso di indisponibilità dell'istituto di cura vitto e pernottamento di un accompagnatore dell'Assicurato fino alla concorrenza di **Euro 60** giornaliero e con il limite massimo di **30 giorni** per ciascun anno assicurativo. In caso d'indisponibilità del pernottamento presso l'Istituto di Cura saranno rimborsate (nei limiti previsti) le spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso strutture alberghiere previa dichiarazione del medico attestante la necessità dell'assistenza al malato e dichiarazione d'indisponibilità del pernottamento da parte dell'Istituto di Cura.

4. Rimpatrio salma

In caso di decesso avvenuto all'Estero a seguito di ricovero per Grande intervento chirurgico effettuato in Istituto di cura così come Indicato nell'apposito allegato 2 vengono indennizzate le spese per rimpatrio della salma con il limite di **Euro 1.600,00** per anno e per nucleo familiare.

5. Indennità sostitutiva

La Società corrisponde un'indennità di **Euro 100,00** per ogni giorno di ricovero per grande intervento così come Indicato nell'apposito allegato 2 in Ospedale e/o Casa di cura, con il massimo di **150 giorni** per persona e per anno assicurativo, se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

B) ALTA DIAGNOSTICA

La Società rimborsa le spese per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono, stabilendo pertanto che le stesse vengono escluse dalla prestazioni di cui al successivo punto D).

- chemioterapia
- radioterapia
- cobaltoterapia
- dialisi
- doppler
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- laserterapia
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia
- TAC
- telecuore
- diagnostica radiologica
- ecografia
- amniocentesi
- tecarterapia,
- onde d'urto
- PET
- tutti gli esami endoscopici con e senza biopsia
- ago aspirato
- amniocentesi/pre-natal safe/harmony test/villocentesi (per donne con età > 35 anni);

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata sino ad un massimo di **Euro 1.000,00*** (*soggetto a **miglioria tecnica***) per anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Per tale garanzia si applicherà una franchigia di **€ 75,00*** (*soggetto a **miglioria tecnica***) in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 30%** con il minimo di **€ 70,00** in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

C) PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche con il limite di massimale in **Euro 1.000,00** per anno assicurativo e per nucleo assicurato.

Per tale garanzia si applicherà uno scoperto **del 20%** con il minimo di **€ 70,00**

D) VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO

In caso di visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio la Società rimborsa le spese sostenute, purché pertinenti all'evento denunciato, per:

- onorari medici per visite specialistiche, purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo;
- noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici;
- accertamenti diagnostici e di laboratorio prescritti dal Medico curante;
- agopuntura ed elettro-agopuntura, purché praticati da Medici regolarmente iscritti all'albo;
- infiltrazioni con farmaco effettuate da Medici regolarmente iscritti all'albo;
- chiropratica;
- logopedia;
- osteopatia;
- cure termali;
- per assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal Medico curante, con il limite di Euro 52,00 giornaliera.

La garanzia di cui al presente articolo, è prestata fino alla concorrenza dei massimali indicati in **Euro 500,00* (soggetto a miglioria tecnica)** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Per tale garanzia si applicherà una franchigia di **€ 45,00* (soggetto a miglioria tecnica)** in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 25%** con il minimo di **€ 60,00* (soggetto a miglioria tecnica)** in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

E) CURE ONCOLOGICHE

La Società rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica fino alla concorrenza del massimale di **Euro 3.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

F) CURE DENTARIE

La Società rimborsa le spese

- per cure odontoiatriche ed ortodontiche comprese visite ed esami radiologici;
- per acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche.

Fino alla concorrenza del massimale indicato in **Euro 300,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare. Per tale garanzia si applicherà uno scoperto **del 10%** con il minimo di **€ 50,00** in caso di

utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 30%** con il minimo di **€ 100,00** in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

Si intende compresa anche l'igiene orale con ablazione del tartaro con il sottolimito di € 50 e senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto. **(garanzia attiva solo se accettata in fase di offerta tecnica)*

G) MEDICINA PREVENTIVA

La Società rimborsa le seguenti spese, sostenute a scopo preventivo:

Uomo: esami del sangue - emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT, gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine - urine completo, PSA e PSA free, elettrocardiogramma a riposo e da sforzo;

Donna: esami del sangue - emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT, gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine - urine completo, visita ginecologica, pap test, mammografia, elettrocardiogramma a riposo e da sforzo;

fino alla concorrenza del massimale indicato in **Euro 100,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare. Per tale garanzia si applicherà una franchigia di **€ 45,00*** ***(soggetto a migliorata tecnica)*** in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 25%** con il minimo di **€ 60,00*** ***(soggetto a migliorata tecnica)*** in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

H) STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE/LTC (garanzia operante solo se espressamente accettata in sede di offerta tecnica)

La Società prevede, in caso di perdita permanente dell'autosufficienza nel compimento di almeno una parte dei seguenti sei atti elementari di vita quotidiana (lavarsi, vestirsi e svestirsi, andare al bagno e usarlo, spostarsi, continenza, nutrirsi) l'erogazione di un importo un tantum di **Euro 5.000,00**.

I) LENTI ED OCCHIALI (garanzia operante solo se espressamente accettata in sede di offerta tecnica)

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali, per modifica visus o per prima prescrizione fino a concorrenza della somma di **€ 75,00** da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo.

Il rimborso viene effettuato previa applicazione di uno scoperto a carico dell'assicurato nella misura del 25%.

POLIZZA GOLD

La presente polizza prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato a seguito di Malattia o Infortunio, per le seguenti prestazioni sanitarie:

A) OSPEDALIERE

1. In caso di ricovero per Grande intervento chirurgico effettuato in Istituto di cura così come Indicato nell'apposito allegato 2, fino alla concorrenza di un massimale di € 200.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare:

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici) effettuati nei 90 giorni precedenti e relativi all'intervento stesso;
- per gli onorari del Chirurgo, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- per rette di degenza;
- per le spese rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali e prodotti omeopatici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuate nei 120 giorni successivi al ricovero.

Per tale garanzia non si applicherà nessuna franchigia in caso di utilizzo della rete convenzionata, uno scoperto **del 15%** con il minimo di **€ 1.000,00** in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto

2. In caso di ricovero con o senza intervento (diverso da grandi interventi), day hospital, interventi ambulatoriali, fino alla concorrenza di un massimale di € 100.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare:

- gli onorari del Chirurgo, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- l'assistenza medica ed infermieristica, cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici), onorari medici per visite specialistiche, esami effettuati in Istituto di Cura o ambulatorio nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- onorari medici per visite specialistiche, esami, acquisto di medicinali e prodotti omeopatici, prestazioni mediche chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, noleggio di apparecchi

protesici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati in Istituto di Cura o ambulatorio nei 120 giorni successivi al ricovero.

Per tale garanzia si applicherà una franchigia di **€ 500,00** in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 15%** con il minimo di **€ 1.000,00** in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto

3. Trasporto dell'assicurato

Per il trasporto dell'Assicurato dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di **Euro 1.100,00 in Italia ed Euro 2.000,00 all'estero** per anno e per nucleo familiare;

4. Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore

In Istituto di cura o in struttura alberghiera in caso di indisponibilità dell'Istituto di cura vitto e pernottamento di un accompagnatore dell'Assicurato fino alla concorrenza di **Euro 60,00** giornaliero e con il limite massimo di **30 giorni** per ciascun anno assicurativo. In caso d'indisponibilità del pernottamento presso l'Istituto di Cura saranno rimborsate (nei limiti previsti) le spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso strutture alberghiere previa dichiarazione del medico attestante la necessità dell'assistenza al malato e dichiarazione d'indisponibilità del pernottamento da parte dell'Istituto di Cura.

5. Rimpatrio salma

In caso di decesso avvenuto all'Estero a seguito di ricovero effettuato in Istituto di cura vengono indennizzate le spese per rimpatrio della salma con il limite di **Euro 1.600,00** per anno e per nucleo familiare.

6. Spese funerarie

In caso di decesso avvenuto in Italia a seguito di ricovero effettuato in Istituto di cura è previsto un massimale aggiuntivo per le spese funerarie pari a **€ 2.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

7. Indennità sostitutiva

La Società corrisponde un'indennità di **Euro 100,00** per ogni giorno di ricovero per intervento in Ospedale e/o Casa di cura, con il massimo di **90 giorni** per persona e per anno assicurativo, se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

B) ALTA DIAGNOSTICA

la Società rimborsa le spese per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono, stabilendo pertanto che le stesse vengono escluse dalle prestazioni di cui al successivo punto D delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- chemioterapia
- radioterapia

- cobaltoterapia
- dialisi
- doppler
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- laserterapia
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia
- TAC
- telecuore
- diagnostica radiologica
- ecografia
- amniocentesi
- tecarterapia,
- onde d'urto
- PET
- tutti gli esami endoscopici con e senza biopsia
- ago aspirato
- amniocentesi/pre-natal safe/harmony test/villocentesi (per donne con età > 35 anni);

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata sino ad un massimo di **Euro 5.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Per tale garanzia si applicherà una franchigia di **€ 30,00** in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 15%** con il minimo di **€ 40,00** in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto

C) PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche con il limite di massimale in **Euro 1.000,00** per anno assicurativo e per nucleo assicurato.

D) VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO

In caso di visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio la Società rimborsa le spese sostenute, purché pertinenti all'evento denunciato, per:

- onorari medici per visite specialistiche, purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo;
- noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici;
- accertamenti diagnostici e di laboratorio prescritti dal Medico curante;
- agopuntura ed elettro-agopuntura, purché praticati da Medici regolarmente iscritti all'albo;
- infiltrazioni con farmaco effettuate da Medici regolarmente iscritti all'albo;
- chiropratica;
- logopedia;
- osteopatia;
- cure termali;

- per assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal Medico curante, con il limite di Euro 52,00 giornaliero.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza dei massimali indicati in **Euro 1.300,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Per tale garanzia si applicherà una franchigia di **€ 25,00** in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 20%** con il minimo di **€ 30,00** in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto

E) CURE ONCOLOGICHE

la Società rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica fino alla concorrenza del massimale di **Euro 6.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

F) CURE DENTARIE

La Società rimborsa le spese:

- per cure odontoiatriche ed ortodontiche comprese visite ed esami radiologici.
- per acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche;

fino alla concorrenza del massimale indicato in **Euro 1.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare. Per tale garanzia si applicherà uno scoperto **del 10%** con il minimo di **€ 50,00** in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 30%** con il minimo di **€ 100,00** in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

Si intende compresa anche l'igiene orale con ablazione del tartaro con il sottolimito di **€ 50** e senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

G) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa le spese sostenute per cure e protesi dentarie esclusivamente dovute ad infortunio, purché l'infortunio stesso sia documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso.

La suindicata garanzia s'intende prestata fino alla concorrenza del massimale di **€ 1.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare e con applicazione dello scoperto **del 30%**.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto

H) MEDICINA PREVENTIVA

La Società rimborsa le seguenti spese, sostenute a scopo preventivo:

Uomo: esami del sangue - emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT, gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine - urine completo, PSA e PSA free, elettrocardiogramma a riposo e da sforzo;

Donna: esami del sangue - emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT, gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine - urine completo, visita ginecologica, pap test, mammografia, elettrocardiogramma a riposo e da sforzo,

fino alla concorrenza del massimale indicato in **Euro 350,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare. Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del **10%** in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 25%** con il minimo di **€ 25,00** in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

I) STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE/LTC

La Società prevede, in caso di perdita permanente dell'autosufficienza nel compimento di almeno una parte dei seguenti sei atti elementari di vita quotidiana (lavarsi, vestirsi e svestirsi, andare al bagno e usarlo, spostarsi, continenza, nutrirsi) l'erogazione di un importo una tantum di **Euro 5.000,00**

L) LENTI ED OCCHIALI

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali, per modifica visus o per prima prescrizione fino a concorrenza della somma di **€ 75,00** da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo.

Il rimborso viene effettuato previa applicazione di uno scoperto a carico dell'assicurato nella misura del 25%.

ALLEGATO 2 – ELENCO GRANDI INTERVENTI

CHIRURGIA GENERALE

Collo

Paratiroidectomia (tipica o atipica)
Linfoadenectomia radicale latero cervicale monolaterale
Dissezione radicale del collo
Parotidectomia con conservazione del nervo facciale
Reinterventi di paratiroidectomia
Tiroidectomia totale
Reinterventi sulla tiroide
Plastiche e resezioni tracheali
Chirurgia delle fistole tracheo esofagee

Mediastino

Timectomia (per via transternale, transtoracica, cervicale)
Asportazione chirurgica di cisti o tumori del mediastino (compresi i gozzi endotoracici)
Interventi sul dotto toracico

Mammella

Mastectomia radicale (Halsted - Madden - Patey) con linfoadenectomia

Torace

Pleurectomia
Interventi per tumori delle coste e/o della sterno (esclusi eventuali materiali protesici)
Decorticazione polmonare
Trattamento chirurgico di cisti polmonari
Broncotomie
Trattamento dei traumi toracici con lesioni viscerali
Pleurectomie per tumori mesoteliali
Pneumonectomie
Lobectomie e bilobectomie
Resezioni segmentarie o atipiche (sleeve, wedge, ecc.)
Toracopleurolobectomie
Fistole esofago-tracheali o esofago-bronchiali
Fistole postoperatorie, post lobectomia e post pneumonectomia

Esofago

Trattamento chirurgico del megaesofago (compresa plastica antireflusso)
Trattamento chirurgico delle ernie iatali e del reflusso gastro-esofageo
Trattamento chirurgico dei diverticoli esofagei
Trattamento chirurgico dei tumori benigni all'esofago
Trattamento chirurgico dei tumori maligni all'esofago
Trattamento chirurgico delle fistole aerodigestive acquisite
Trattamento chirurgico delle lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
Trattamento chirurgico dei tumori cardiaci
Intervento di deconnessione azygos-portale

Stomaco - Duodeno

Resezione duodenogastrica con linfoadenectomia
Degastroresezione

Gastrectomia totale
Interventi di riconversione per dumping syndrome

Digiuno e Ileo

(Intestino tenue)

Interventi per diverticoli del duodeno
Derotazione intestinale

Colon - Retto - Ana

Interventi per incontinenza anale
Emicolectomia destra (compresa linfadenectomia)
Emicolectomia sinistra (compresa linfadenectomia)
Colectomie del trasverso (compresa linfadenectomia e colostomia)
Colectomia totale con ileostomia
Resezione retto-colica anteriore (con linfadenectomia)
Interventi di amputazione del retto per via perineale, posteriore, addomino perineale e addomino posteriore (compresa colostomia)
Colectomia totale con ileorettostomia
Procto-retto-colectomia totale con pouch ileale

Peritoneo

Exeresi di tumori retroperitoneali

Fegato e vie biliari

Drenaggio di ascessi epatici e cisti d'echinococco
Colecistectomia per via laparoscopica
Interventi sulla papilla per via transduodenale +/-colecistectomia
Coledocotomia e coledocolitotomia +/- drenaggio biliare (+ colecistectomia)
Epaticotomia e epaticolitotomia +/- drenaggio biliare (+ colecistectomia)
Anastomosi coledoco digestive +/- colecistectomia
Anastomosi epaticodigestive +/- colecistectomia
Resezioni epatiche minori
Resezioni epatiche maggiori
Interventi per calcolosi intraepatica
Derivazioni porto-sistemiche
Reinterventi sulle vie biliari

Pancreas - Milza

Duodeno cefalopancreasectomia
Pancreatectomia sinistra
Pancreatectomia totale
Interventi di exeresi della papilla Water
Derivazioni pancreatico-wirsung-digestive
Interventi conservativi per pancreatite acuta
Interventi demolitivi per pancreatite acuta
Trattamento chirurgico di cisti pancreatiche
Interventi per fistole pancreatiche
Interventi per tumori del pancreas endocrino

CHIRURGIA VASCOLARE

Venosa

Terapia chirurgica nella patologia della vena cava superiore ed inferiore

Arteriosa

Endoarteriectomia o altro intervento chirurgico dei vasi del collo
Chirurgia delle fistole artero-venose acquisite di viso, collo, torace
Chirurgia di tumori glomici carotidei
Chirurgia degli aneurismi dei tronchi epiaortici
Chirurgia degli aneurismi delle arterie viscerali
Chirurgia delle embolie e/o trombosi delle arterie viscerali
Chirurgia delle embolie e/o trombosi delle arterie renali
Chirurgia dei tronchi epiaortici
Chirurgia delle oblitterazioni croniche dell'asse arto-iliaco, femoro-popliteo e tibiale
Reinterventi precoci e tardivi in chirurgia vascolare ricostruttiva
Trattamento chirurgico dell'ipertensione nefrovascolare
Trattamento chirurgico delle lesioni traumatiche dell'aorta e dei suoi rami
Trattamento chirurgico degli aneurismi dell'aorta addominale
Trattamento chirurgico degli aneurismi dell'aorta toracica e toraco-addominale

CARDIOLOGIA

Cardiochirurgia

Commissurotomia per stenosi mitralica
Sostituzione di valvola singola
Sostituzione di valvola doppia o multipla o sostituzione valvolare + plastica valvolare
Sostituzione di valvola singola con by-pass aorto coronarico in CEC
Intervento di plastica valvolare
By-pass aorto-coronarico unico
By-pass aorto-coronarico multiplo
By-pass aorto-coronarico senza CEC in minitoracotomia
By-pass aorto-coronarico senza CEC
Intervento per aneurisma dell'aorta ascendente
Intervento per dissecazione dell'aorta ascendente
Intervento per aneurisma dell'aorta ascendente con sostituzione valvolare
Intervento per aneurisma o dissecazione dell'aorta discendente toracica
Intervento per aneurisma o dissecazione dell'arco aortico
Correzione di difetto interatriale
Correzione di difetto interventricolare
Intervento per pervietà del dotto di Botallo
Intervento per coartazione aortica
Intervento per cardiopatie congenite semplici
Intervento per ferite o corpi estranei o tumori del cuore
Pericardiectomia parziale o totale
Reintervento in CEC per by-pass o sostituzione di valvola
Intervento in CEC nel paziente anziano (età superiore a 70 anni)

UROLOGIA

Interventi chirurgici

Nefrectomia polare
Nefrectomia allargata
Nefroureterectomia

Pielocalicolitotomia
Pielolitotomia in rene malformato
Pieloureteroplastica
Surrenalectomia

Uretere

Ureterocistoneostomia
Ureterosigmoidostomia
Ureteroileonastomosi

Vescica

Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia
Cistectomia totale con derivazione urinaria
Derivazione neourinaria escludente (senza cistectomia)
Neovesica con segmento intestinale
Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale o vescico-intestinale
Plastica antireflusso monolaterale
Plastica antireflusso bilaterale

Prostata

Prostatectomia radicale con linfadenectomia

Uretra

Uretrostomia perineale

Apparato genitale maschile

Rivascolarizzazione del pene per impotenza vasculogenica
Raddrizzamento di pene con protesi (protesi esclusa)
Emasculazione
Amputazione totale del pene con linfadenectomia
Linfadenectomia per tumore del testicolo

GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Vulva

Vulvectomy allargata con linfadenectomia

Vagina

Interventi per creazione di vagina artificiale
Interventi per fistole retto-vaginale
Interventi radicali per tumori della vagina
Exenteratio pelvica

Utero

Laparo-istero-annessiectomia con linfadenectomia
Istero-annessiectomia per via vaginale

Annessi

Interventi sulle tube in microchirurgia

Interventi in laparoscopia pelvica

Isterectomia + annessiectomia mono o bilaterale

Ostetricia

Taglio cesareo conservativo per parto gemellare

Taglio cesareo demolitivo

Trattamento d'urgenza per rottura dell'utero

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**Interventi cruenti:****Osteotomie**

Bacino, anca

Osteosintesi

Omero, femore, tibia (se frattura articolare)

Bacino

Riduzione cruenta lussazione

Grandi articolazioni

Colonna vertebrale

Trattamento cruento dei tumori ossei

Colonna vertebrale, bacino

Interventi in artroscopia

Ricostruzione legamentosa +/- prelievo legamentoso tendineo

Disarticolazioni

Interscapolo-toracica

Emipelvectomy

Simpatico e Vago

Intervento associato sui simpatico toracico e sui nervi splancnici

Nervi

Trapianti, innesti ed altre operazioni plastico-ricostruttive

Anastomosi spino-facciale

Intervento sul plesso brachiale

CHIRURGIA PEDIATRICA**Interventi Addominali**

Duodeno digiunostomia

Anastomosi intestinale

Asportazione diverticolo di Meckel

Escissione e duplicazione intestinale

Riduzione invaginazione intestinale

Riduzione volvolo intestinale

Colectomia

Resezione addominoperineale

Epato-digiuno-porto-stomia (Intervento di Kasai)

Asportazione neoplastica addominale
Erniorrafia diaframmatica
Plastica per onfalocele
Trattamento chirurgico della atresia anale

Operazioni Toraciche

Trattamento chirurgico della atresia esofagea (se in un tempo)
Trattamento chirurgico della atresia esofagea (se in due o più tempi)
Chiusura fistola tracheoesofagea
Trattamento chirurgico di duplicazione esofagea
Timectomia
Asportazione cisti polmonare
Asportazione tumore polmonare
Lobectomy
Pneumectomy
Sezione anello vascolare

Interventi Urologici

Nephrectomy
Plastica stenosi giunto-pielo-ureterale
Ureterosigmoidostomy
Escissione ureterocele
Reimpianto utero-vescicale
Cystectomy

Interventi Ginecologici

Asportazione cisti ovariche
Intervento per fistola retto-vaginale
Creazione neovagina
Vaginoplastica perineale

Varie

Asportazione tumore sacrococcigeo

QUADRO DI RIEPILOGO - POLIZZA BASE

Massimali, scoperti, franchigie e sottolimiti di risarcimento

	Prestazioni sanitarie assicurate	Massimali per nucleo
AREA RICOVERO	Ricovero per Grande intervento	€ 200.000,00 Franchigie e scoperto per prestazioni effettuate in rete € 1.500* fuori rete 25% col minimo di € 3.000 Ticket rimborsabili al 100%
	Trasporto dell'assistito	Sottolimito spese trasporto Italia € 1.100 Esteri € 2.000
	Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore:	Sottolimito spese accompagnatore € 60,00 al giorno col massimo di 30 gg
	Rimpatrio salma	€ 1.600
	Indennità sostitutiva:	€ 100,00 al giorno massimo 150 gg (da grande intervento)

	Prestazioni sanitarie assicurate	Massimali per nucleo
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	Alta Diagnostica:	€ 1.000 Franchigie e scoperto per prestazioni effettuate in rete € 75* fuori rete 30% col minimo di € 70 Ticket rimborsabili al 100%
	Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio – inclusi trattamenti fisioterapici e riabilitativi:	€ 500 Franchigie e scoperto per prestazioni effettuate in rete € 45* fuori rete 25% col minimo di € 60* Ticket rimborsabili al 100%
	Cure Oncologiche:	€ 3.000
	Cure e protesi dentarie:	€ 300 Franchigie e scoperto per prestazioni effettuate in

		rete 10% minimo € 50 fuori rete 30% col minimo di € 100 Ticket rimborsabili al 100%
	Igiene orale: <i>(garanzia operante solo se accettata in fase di offerta tecnica)</i>	€ 50 nell'ambito del massimale Cure dentarie Franchigia nessuna
	Acquisto di protesi ortopediche ed acustiche:	€ 1.000 Franchigie e scoperto 20% minimo € 70
	Lenti ed occhiali: <i>(garanzia operante solo se accettata in fase di offerta tecnica)</i>	€ 75 Scoperto 25%
PREVENZIONE	Medicina Preventiva:	€ 100 nucleo Franchigie e scoperto per prestazioni effettuate in rete € 45* fuori rete 25% col minimo di € 60* Ticket rimborsabili al 100%
LTC	Stato di non autosufficienza consolidata "LTC": <i>(garanzia operante solo se accettata in fase di offerta tecnica)</i>	Massimale una tantum € 5.000,00

**Soggetto a migliona in sede di offerta tecnica*

QUADRO DI RIEPILOGO - POLIZZA GOLD

Massimali, scoperti, franchigie e sottolimiti di risarcimento

	Prestazioni sanitarie assicurate	Massimali per nucleo
AREA RICOVERO	Ricovero per Grande intervento:	€ 200.000,00 Franchigie e scoperto per prestazioni effettuate in rete nessuna fuori rete 15% col minimo di € 1.000 Ticket rimborsabili al 100%
	Ricovero con o senza intervento (diverso da grandi interventi), day hospital, interventi ambulatoriali:	€ 100.000,00 Franchigie e scoperto per prestazioni effettuate in rete € 500 fuori rete 15% col minimo di € 1.000 Ticket rimborsabili al 100%
	Trasporto dell'assistito:	Sottolimito spese trasporto Italia € 1.100 Estero € 2.000
	Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore:	Sottolimito spese accompagnatore € 60,00 al giorno col massimo di 30 gg
	Rimpatrio salma:	€ 1.600
	Spese funerarie:	€ 2.000
	Indennità sostitutiva:	€ 100,00 al giorno massimo 90 gg

	Prestazioni sanitarie assicurate	Massimali per nucleo
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	Alta Diagnostica:	€ 5.000 Franchigie e scoperto per prestazioni effettuate in rete € 30 fuori rete 15% col minimo di € 40

		Ticket rimborsabili al 100%
	Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio – inclusi trattamenti fisioterapici e riabilitativi:	€ 1.300 Franchigie e scoperto per prestazioni effettuate in rete € 25 fuori rete 20% col minimo di € 30 Ticket rimborsabili al 100%
	Cure Oncologiche:	€ 6.000
	Cure e protesi dentarie:	€ 1.000 Franchigie e scoperto per prestazioni effettuate in rete 10% minimo € 50 fuori rete 30% col minimo di € 100 Ticket rimborsabili al 100%
	Cure dentarie da infortunio:	€ 1.000 Scoperto 30% Ticket rimborsabili al 100%
	Igiene orale:	€ 50 nell'ambito del massimale Cure dentarie Franchigia nessuna
	Acquisto di protesi ortopediche ed acustiche:	€ 1.000
	Lenti ed Occhiali:	€ 75 Scoperto 25%
PREVENZIONE	Medicina Preventiva:	€ 350 nucleo Franchigie e scoperto per prestazioni effettuate in rete 10% fuori rete 25% col minimo di € 25 Ticket rimborsabili al 100%
LTC	Stato di non autosufficienza consolidata "LTC"	Massimale una tantum € 5.000,00