

**Contratto di assicurazione
(Schema di Contratto normativo e Capitolato tecnico) per la
copertura assicurativa sanitaria dei dipendenti di Equitalia S.p.A. e
delle società del Gruppo Equitalia**

Definizioni

ASSISTENZA DIRETTA	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'assistito può scegliere di ricevere prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso strutture sanitarie convenzionate senza anticipare la spesa ma delegando la compagnia assicuratrice a saldare in sua vece le fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante.
ASSISTENZA INFERMIERISTICA	L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma.
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE/ATTO	Il Contratto normativo nonché il Capitolato tecnico, per brevità anche solo Contratto ed il relativo Allegato "A" che ne costituisce parte integrante e sostanziale.
AZIENDA ASSOCIATA	Equitalia S.p.A., Equitalia servizi di riscossione S.p.A. e Equitalia Giustizia S.p.A. associate alla Cassa.
CAPITOLATO TECNICO	È la parte del Contratto di assicurazione che descrive e disciplina le modalità di erogazione dei servizi assicurativi.
CASSA	Il soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
CENTRALE OPERATIVA	La struttura specializzata - operante 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno - che per conto della Compagnia ed a seguito di contatto telefonico oppure tramite il sito internet di cui all'art. 3.5 del Capitolato, con l'assicurato provvede ad organizzare "l'Assistenza Diretta" per le prestazioni coperte dalla polizza.
CIRCUITO SANITARIO CONVENZIONATO	L'insieme delle strutture sanitarie abilitate al ricovero notturno di pazienti e dei centri di analisi e cura presso i quali l'assistito può ottenere "l'Assistenza Diretta".
CONTRAENTE/SOCIETA' CONTRAENTE	Equitalia S.p.A. Equitalia servizi di riscossione S.p.A. e Equitalia Giustizia S.p.A. .
CONTRATTO NORMATIVO	E' la parte del Contratto di assicurazione che disciplina i rapporti tra Equitalia S.p.A. e la Società, relativamente all'obbligo, scaturente dall'aggiudicazione della gara, di

	emettere, in favore di ciascuna Azienda Associata il relativo certificato applicativo.
CONTRIBUTI	Le somme versate alla CASSA dalle Aziende Associate o dagli Assistiti in conformità al presente Atto
DAY HOSPITAL	La degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno con apertura di cartella clinica.
EQUITALIA	Equitalia S.p.A., nella qualità di soggetto contraente anche per conto di Equitalia servizi di riscossione S.p.A. e Equitalia Giustizia S.p.A .
EVENTO/SINISTRO	La causa che determina la richiesta di rimborso. Le richieste di rimborso delle spese per prestazioni effettuate anche in tempi diversi, sono considerate un unico evento, se determinate da un'unica causa. L'onere della prova è a carico dell'Assicurato.
FRANCHIGIE E SCOPERTI	L'importo di spesa rimborsabile, espresso in cifra fissa ("franchigia") o in percentuale sulla spesa rimborsabile ("Scoperto"), che rimane a carico dell'Assicurato.
INDENNIZZO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro/evento.
INTERVENTO CHIRURGICO	Atto medico, praticato in istituto di cura o anche in ambulatorio ("intervento chirurgico ambulatoriale") perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.
ISTITUTO DI CURA	L'ospedale pubblico, la clinica universitaria e la casa di cura, sia accreditata dal Servizio Sanitario Nazionale che privata, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture che hanno finalità dietologiche ed estetiche, le case di convalescenza e di riposo.
MALATTIA ED INFORTUNIO	E' considerata malattia ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. Anche se impropriamente, nelle malattie si considerano incluse: gravidanza, parto, puerperio e aborto terapeutico. Sono incluse anche le menomazioni fisiche che possono essere compensate con

	l'uso di protesi anatomiche, purché insorte successivamente alla data d'iscrizione in garanzia di ciascun Assicurato. Inoltre, s'intendono incluse le malattie che siano in corso al momento dell'iscrizione al programma sanitario o che sono espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di iscrizione. La copertura degli eventi anzidetti cessa, se non diversamente previsto in polizza, al termine della iscrizione anche se gli eventi stessi continuano il loro decorso. E' considerato infortunio ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.
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 danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo.
PERSONE ASSICURATE/ASSISTITI/BENEFICIARI	Le persone fisiche iscritte al Piano Sanitario.
PREMIO	La somma dovuta dal Contraente alla Società conformemente alle previsioni della polizza per la copertura dei rischi assicurati in favore degli Iscritti.
RICOVERO OSPEDALIERO	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
SOCIETA'	La compagnia assicuratrice, in forma singola o associata o in coassicurazione risultata aggiudicataria della presente gara.

CAPITOLATO TECNICO**Art. 1 – Condizioni Generali di Assicurazione -****Art. 1.1 - Prova del contratto**

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Sul contratto, o su qualsiasi altro documento che concede la copertura, deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale della Società che concede la copertura assicurativa.

Art. 1.2- Pagamento del premio

A parziale deroga dell'art. 1901 del Codice Civile, le Aziende Associate sono tenute al versamento degli importi per l'assistenza sanitaria, nei termini previsti all'articolo 3.2 - fermo restando la decorrenza e l'operatività della copertura - secondo i rispettivi Certificati applicativi.

Qualora le somme dovute dalle Aziende Associate a titolo di prima rata e/o regolazione e/o rate successive, non siano corrisposte nei termini previsti dall'articolo 3.2, la garanzia di cui al presente Contratto rimane sospesa e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno in cui è versato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite e la copertura integrale di tutti gli eventi nel frattempo verificatisi.

Art. 1.3 - Durata del contratto di assicurazione

La durata del Contratto è di 12 (dodici) mesi decorrenti dalle ore 24.00 del giorno 31 gennaio 2018 alle ore 24.00 del giorno 31 gennaio 2019, con facoltà di rinnovo per ulteriori 12 (dodici) mesi ferma restando la facoltà di Equitalia di recedere dal Contratto stesso - con conseguente e contemporaneo recesso per tutti i certificati applicativi – dandone comunicazione con preavviso di almeno 30 giorni prima di ogni scadenza annuale. Troverà applicazione l'art. 109 del D.lgs. n. 50/2016.

Sarà prevista altresì l'opzione di proroga, che la stazione appaltante potrà esercitare per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure di affidamento avviate per l'individuazione di un nuovo contraente, secondo quanto stabilito dall'art. 106 del D.lgs. n. 50 del 2016.

Art. 1.4 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico delle Aziende Associate.

Art. 1.5 - Foro competente

Per tutte le controversie che dovessero insorgere con la Società in relazione all'interpretazione, all'esecuzione ed alla risoluzione del presente Contratto, sarà competente

in via esclusiva il Foro di Roma, fatta eccezione per le controversie che dovessero insorgere tra il singolo Assicurato e la Società in relazione alla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi, per le quali sarà competente in via esclusiva il Foro di residenza dell'Assicurato.

Art. 1.6 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.7 - Coassicurazione e delega

Nel caso in cui l'aggiudicatario della gara sia una Coassicurazione, le Società Coassicuratrici sono solidalmente responsabili, anche ai fini del pagamento dell'indennità assicurata, in deroga all'art. 1911 Codice Civile, nei confronti degli assistiti.

Tutte le comunicazioni relative al Contratto normativo ovvero ai singoli certificati si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici.

Art. 1.8 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate per i medesimi rischi. Tale esonero si estende agli Assistiti.

Art. 1.9 - Forma delle comunicazioni tra il Contraente e la Società

Tutte le comunicazioni da inviare alla Società, alle quali le Aziende Associate e gli Assistiti sono tenuti, devono avere forma scritta e devono essere inoltrate con lettera raccomandata e/o fax e/o per *e-mail* tramite posta elettronica certificata (PEC).

Tutte le comunicazioni dalla Società nei confronti degli Assistiti devono avere forma scritta e devono essere inoltrate con lettera raccomandata e/o fax e/o e/o per *e-mail* tramite posta elettronica certificata (PEC)- e, in ogni caso, inviate in copia conforme alla Cassa.

Art. 2 – Condizioni Speciali di Assicurazione –

Art. 2.1 – Certificati applicativi

Le Aziende Associate, entro il periodo di validità ed efficacia del Contratto normativo, dovranno richiedere alla CASSA, l'emissione da parte delle Società dei relativi certificati applicativi riportanti i seguenti dati:

- Ragione sociale del Contraente;
- Durata della copertura;
- Prestazioni assicurate;
- L'elenco dei dipendenti aventi diritto alle prestazioni – completo, per ciascuno di essi, dell'indicazione dei familiari fiscalmente a carico aventi anch'essi diritto

alle prestazioni – e quello dei familiari non fiscalmente a carico in relazione ai quali il dipendente abbia deciso di corrispondere il relativo premio supplementare (Numero dipendenti);

- Premio anticipato di competenza comprensivo delle imposte vigenti;
- Espresso richiamo al Contratto normativo ed ai relativi Allegati.

Art. 2.2 – Cassa di assistenza

La Società, per l'intera durata del presente Contratto, deve mettere a disposizione del Gruppo Equitalia una Cassa di Assistenza (di seguito per brevità "CASSA") che, sulla base della normativa attualmente vigente e di quella che dovesse successivamente intervenire nel corso del Contratto, abbia finalità assistenziale e sia abilitata a norma di legge, anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi delle Aziende Associate in riferimento alle attività e prestazioni oggetto di contratto e ad assumere la contraenza del programma Rimborso Spese Mediche, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

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

La Società prende atto ed accetta, impegnandosi in tal senso ora per allora, che i pagamenti eventualmente effettuati dal Gruppo Equitalia alla CASSA, avranno a tutti gli effetti valore liberatorio per il Gruppo Equitalia, mentre quelli effettuati al Gruppo Equitalia o agli aventi diritto, avranno valore liberatorio per la Società solo quando saranno stati effettivamente percepiti dai destinatari.

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

Il mancato adempimento degli obblighi di cui al presente articolo determinerà la risoluzione automatica del presente Contratto e la responsabilità della Società per i danni causati alla Contraente dal predetto inadempimento, fermo restando il diritto della Contraente di escutere la cauzione definitiva.

Art. 3 Condizioni Generali di Assicurazione del Piano Sanitario

Art. 3.1 – Soggetti assistibili

Devono accedere alle coperture previste dal presente Piano sanitario i seguenti soggetti:

- A) i dipendenti di Equitalia S.p.A. e di Equitalia Servizi di riscossione S.p.A. che transiteranno in forza del D.L. 22 ottobre 2016 n. 193, convertito con modificazioni dalla Legge n. 225 del 1° dicembre 2016 nel nuovo Ente Pubblico economico denominato “Agenzia delle entrate-riscossione, i legali rappresentanti e gli amministratori o assimilati;
- B) I dipendenti di Equitalia Giustizia S.p.A. e i legali rappresentanti e gli Amministratori della medesima;
- C) i dipendenti in Fondo di Solidarietà (esodati).

L’art. 1 del D.L. 22 ottobre 2016 n. 193, convertito con modificazioni dalla Legge n. 225 del 1° dicembre 2016 e pubblicato in G.U. n. 282 del 2 dicembre 2016 (recante “Disposizioni urgenti in materia fiscale e per il finanziamento di esigenze indifferibili”), prevede che *“a decorrere dal 1° luglio 2017 le società del Gruppo Equitalia sono sciolte” ad esclusione di Equitalia Giustizia SpA e che “al fine di garantire la continuità e la funzionalità delle attività di riscossione, è istituito un ente pubblico economico, denominato «Agenzia delle entrate-Riscossione»” il quale dalla medesima data “subentra, a titolo universale, nei rapporti giuridici attivi e passivi, anche processuali, delle società del Gruppo Equitalia di cui al comma 1 e assume la qualifica di agente della riscossione con i poteri e secondo le disposizioni di cui al titolo I, capo II, e al titolo II, del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 602.”* (art. 1, comma 3). Il nuovo ente pubblico economico “Agenzia delle entrate - Riscossione” sarà anch’esso soggetto alle disposizioni di cui al menzionato D. lgs. n.50/2016, in virtù della sua natura di organismo di diritto pubblico.

Si specifica infine che, ai sensi dell’art. 1 comma 9 del citato D.L., i dipendenti già appartenenti alle società Equitalia S.p.A. ed Equitalia Servizi di riscossione S.p.A. transiteranno nel nuovo ente denominato “Agenzia delle entrate–Riscossione” senza soluzione di continuità e con la garanzia della conservazione della posizione giuridica, economica e previdenziale maturata alla data del trasferimento.

In aggiunta ai soggetti sopra indicati, la copertura:

- è estesa ai relativi coniugi (o conviventi more uxorio) e figli finché fiscalmente a carico, anche se non conviventi. Per “Figli” si intendono: figli adottivi, legittimi, legittimati, in affido pre-adottivo, naturali riconosciuti legalmente e/o giudizialmente. Rientrano altresì nella nozione di “Figli a carico” anche i figli di età fino ai 30 anni non produttori di

reddito anche se non conviventi. La copertura resta operante anche per i figli di età superiore a 30 anni, se invalidi al 100%;

- è estesa anche al coniuge e figli superstiti già fiscalmente a carico del dipendente defunto in servizio;
- può essere estesa al coniuge (o convivente “more uxorio”) e ai figli fiscalmente non a carico e agli altri familiari risultanti dallo stato di famiglia del dipendente con premio a carico del dipendente stesso secondo gli importi indicati nella Tabella allegata sub. “A” al presente Contratto; in questo caso devono essere assicurati tutti i componenti del nucleo familiare;
- può essere estesa agli ex-dipendenti (pensionati), al loro coniuge (o convivente “more uxorio”) anche non fiscalmente a carico ed ai figli solo se fiscalmente a carico, con premio a carico del pensionato secondo gli importi e le opzioni indicate nella Tabella allegata sub. “A” al presente Contratto

Per i dipendenti esodati, tale assicurazione va applicata integralmente per tutto il periodo di permanenza nel Fondo Esuberi del settore coincidente con la vigenza delle coperture assicurative. In caso di uscita del dipendente dal Fondo Esuberi in corso di vigenza della polizza (ad es., per accesso all’A.G.O.) le coperture saranno assicurate fino alla scadenza dell’anno assicurativo in corso.

Art. 3.2– Decorrenza, inserimento in copertura e durata delle garanzie in relazione al singolo assistito e regolazione del premio

Il presente contratto decorre dalle ore 24.00 del 31 gennaio 2018 e termina alle ore 24.00 del 31 gennaio 2019 salvo eventuale rinnovo nei termini di cui al precedente art. 1.3.

Entro il 28 febbraio di ciascun anno assicurativo le Aziende Associate comunicheranno alla Società l’elenco dei nominativi degli Assistiti (così come definiti all’art. 3.1 che precede), su un supporto informatico impostato secondo termini che verranno concordati con la Società.

Entro il 31 marzo di ciascun anno assicurativo le Aziende Associate verseranno alla CASSA di Assistenza le somme interamente dovute a titolo di contributi, in funzione degli elenchi di Assistiti trasmessi.

Al ricevimento delle suddette somme - versate in nome e per conto delle Aziende Associate - la CASSA di Assistenza provvederà a versare gli importi dovuti alla Società a titolo di premio. La Società, al momento della ricezione del premio, emetterà il Certificato applicativo.

Per i successivi inserimenti in copertura si procederà come segue:

- A) le inclusioni in copertura che hanno come effetto un aumento dei contributi e quindi del premio a versarsi, come nel caso di neoassunti o di nuovi Assistiti, verranno comunicate dalle Aziende alla Società entro 30 giorni dalla richiesta di adesione alla CASSA. La decorrenza della copertura con riferimento ai singoli Assistiti è dalla data in cui si verifica l’evento costitutivo del diritto all’assistenza, mentre la regolazione del premio verrà

calcolata una sola volta entro 30 giorni dal termine di ciascun anno assicurativo. La Società - in base alle comunicazioni ricevute nel corso dell'intero anno assicurativo - provvederà all'emissione dell'appendice di regolazione, computando:

- l'intero premio annuo per le inclusioni avvenute nel primo semestre dell'anno assicurativo;
- il 60% del premio annuo per le inclusioni avvenute nel secondo semestre dell'anno assicurativo.

Il versamento del premio a conguaglio deve essere eseguito entro 30 giorni dalla data di ricezione dell'appendice.

B) Le inclusioni in copertura che non hanno come effetto un aumento del premio a versarsi, per esempio l'inserimento in garanzia dei neonati - siano essi figli legittimi o naturali di un assistito - oppure l'avvenuto matrimonio con persona che divenga "fiscalmente a carico" oppure ancora il riconoscimento di un figlio naturale, verranno comunicate entro 60 giorni dal verificarsi dell'evento costitutivo del diritto all'assistenza. La copertura decorre:

- 1 per il neo-coniuge, dalla data del matrimonio;
- 2 per il neonato figlio legittimo o naturale, dalla data del parto, fermo restando che la copertura è in questo caso operante non solo dal momento della nascita ma anche per interventi e terapie sul nascituro;
- 3 per i figli adottivi o in affido pre-adottivo, dalla data del provvedimento dell'Autorità competente che ha stabilito l'affido o l'adozione.

Le esclusioni dalla copertura non daranno luogo a rimborsi di premio, fermo l'obbligo di comunicazione di esclusione. La Società si obbliga - nei confronti dei soggetti che vengono esclusi dalla copertura - a garantire le prestazioni assicurate fino alla fine dell'annualità assicurativa in corso; per tali soggetti, se colpiti da gravi patologie e/o grandi interventi chirurgici, la copertura resterà valida - a secondo rischio di eventuali altre coperture sanitarie - per un ulteriore periodo di 12 mesi dalla fine dell'annualità assicurativa con un massimale dedicato per tale periodo pari a 100.000,00 Euro per assistito.

Art. 3.3 – Prestazioni assicurate

Agli iscritti alla Cassa – se in regola con il pagamento dei contributi – vengono riconosciute le spese mediche sostenute a seguito di malattia o infortunio nei termini di seguito indicati.

E' sempre facoltà e libera scelta dell'assistito di ottenere le prestazioni mediche coperte da polizza secondo le modalità dell'assistenza diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista.

Per ciascuna tipologia di evento che possa dare luogo a spese rimborsabili sono riportate le garanzie previste e valide per tutti gli iscritti, i massimali di copertura, come pure i sottomassimali per specifiche categorie di eventi, gli scoperti e le franchigie applicabili differenziate anche secondo le modalità di assistenza scelte (assistenza diretta in circuito

sanitario convenzionato oppure rimborso).

Art. 3.4 – Strutture convenzionate

La Società è obbligata, per tutta l'intera durata del Contratto di assicurazione a possedere un numero di strutture e Centri Convenzionati non inferiore a quanto di seguito indicato:

a) Rete nazionale di **dentisti e studi odontoiatrici convenzionati** che applicano per le prestazioni in tariffario agevolato rispetto ai prezzi praticati al pubblico: **almeno 1500**

soggetti convenzionati su tutto il territorio nazionale, con non meno di:

- **1 soggetto** per province aventi numero di abitanti compreso tra 0 e 100.000
- **2 soggetti** per province aventi numero di abitanti compreso tra 100.001 e 200.000
- **3 soggetti** per province aventi numero di abitanti compreso tra 200.001 e 300.000
- **4 soggetti** per province aventi numero di abitanti compreso tra 300.001 e 400.000
- **5 soggetti** per province aventi numero di abitanti superiore a 400.001

b) **Strutture abilitate al ricovero notturno** (case di cura, ospedali, istituti di cura a carattere scientifico) presso il quale è attivo il servizio di pagamento diretto delle spese coperte da assicurazione: **almeno 200 strutture su tutto il territorio nazionale di cui almeno una per Regione;**

c) **Centri medici non abilitati al ricovero notturno** (poliambulatori, day hospital, centri diagnostici, laboratori di analisi) presso il quale è attivo il servizio di pagamento diretto delle spese coperte da assicurazione: **almeno 450 sul territorio nazionale, di cui almeno uno per Provincia.**

Oltre a quanto sopra, la Società dovrà inoltre garantire la presenza di strutture convenzionate abilitate al ricovero e alla diagnostica nel mondo, con particolare attenzione all'Europa e alle Americhe.

Il mancato adempimento dell'obbligo di cui al presente articolo determinerà la risoluzione automatica del presente Contratto e la responsabilità della Società per i danni causati alla Contraente dal predetto inadempimento, fermo restando il diritto della Contraente di escutere la cauzione definitiva.

Art. 3.5 – Contact center e Sito Web

La Società è obbligata, per tutta l'intera durata del Contratto ad avere una centrale operativa raggiungibile nell'intero arco della giornata, ivi compresi i giorni festivi, attraverso un numero verde nazionale ed internazionale (gratuito), di facile accesso e con un numero adeguato di risorse dedicate, che renda minimo il tempo di attesa delle chiamate.

La Società inoltre è obbligata ad avere un apposito servizio web/sito internet, di facile accesso da parte dei soggetti assistibili di cui al precedente punto 3.1, attraverso il quale sia possibile scaricare le condizioni generali della Polizza, l'elenco aggiornato dei centri convenzionati, la modulistica necessaria per attivare le richieste di erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché sia possibile inoltrare le suddette richieste di erogazione in

modalità on-line e richiedere attraverso una mail dedicata chiarimenti ed informazioni. La Società, inoltre, dovrà inviare trimestralmente al Contraente un'apposita reportistica contenente le informazioni di cui alla tabella allegata sub. "B" al presente Contratto, da trasmettere sia in modalità cartacea che elettronica.

SEZIONE A: area ricovero

A1) "Ricovero con intervento chirurgico", Day Hospital chirurgico, intervento ambulatoriale, parto cesareo ed aborto effettuato in istituto di cura o in ambulatorio

Nel caso di intervento chirurgico, effettuato in regime di ricovero anche diurno (Day Surgery) oppure ambulatorialmente, vengono riconosciute all'assistito – fino ad un limite annuo e per nucleo di Euro 250.000,00 - le seguenti spese:

1. visite specialistiche, esami, medicinali ed accertamenti diagnostici, compresi i relativi onorari medici, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero, anche al di fuori della rete convenzionata;
2. spese di trasporto con mezzo idoneo all'istituto di cura o ambulatorio scelto dall'assistito; tale garanzia viene prestata con un limite di € 5.000,00 per evento ed include sia il trasporto al centro di primo soccorso sia l'eventuale successivo trasferimento, a discrezione dell'assistito, ad una struttura italiana o estera considerata dall'assistito stesso più comoda o adatta alla cura della specifica patologia.
3. spese per le rette di degenza, l'assistenza medica ed infermieristica, per le cure, accertamenti diagnostici, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per medicinali e per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero; in aggiunta alla normale assistenza infermieristica che la struttura sanitaria garantisce a tutti i ricoverati, la polizza copre l'assistito per le eventuali spese per assistenza infermieristica personale;
4. spese per gli onorari di tutti i componenti l'equipe chirurgica - quali determinati dal 1° operatore in base alla buona prassi medica - e del personale di sala operatoria ; per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
5. spese per esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche anche a domicilio, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (inclusi apparecchi per agevolare la deambulazione, quali stampelle e carrozzelle ortopediche), cure dentarie e ortodontiche e relative protesi necessarie a seguito di infortunio, cure termali (escluse spese alberghiere), effettuate nei 100 giorni successivi al ricovero purché attinenti la patologia che ha determinato il ricovero;
6. in caso di trapianto di organi (o parte di essi) sono altresì riconosciute tutte le spese di

ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza; sono pure incluse le spese per il trasporto dell'organo.

7. spese per vitto e pernottamento in istituto di cura di un accompagnatore dell'infermo fino alla concorrenza di € 75,00 giornaliera per un massimo di 30 giorni per evento (tale previsione vale anche per le spese sostenute all'estero).

Se tutte le spese relative al periodo di ricovero ospedaliero sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Nazionale, verrà corrisposta, per ogni giorno di ricovero ospedaliero, un'indennità pari ad € 100,00 al giorno per una durata massima di 150 giorni. L'indennità sostitutiva è corrisposta integralmente anche per le forme che prevedono la franchigia per il caso di ricovero ospedaliero.

In caso di decesso conseguente a ricovero, vengono rimborsate le spese per il trasporto (ovvero rimpatrio se avvenuto all'estero) della salma con un massimo di € 3.000,00 per evento.

A2) Gravidanza e Parto cesareo o naturale

Le spese mediche relative alla gravidanza (visite, ecografie ed accertamenti di qualunque tipo, anche sul nascituro) vengono riconosciute sempre al 100% senza il limite cronologico dei 100 giorni prima del ricovero per parto e senza l'applicazione delle franchigie e scoperti previste al di fuori del circuito sanitario convenzionato.

In caso di "parto cesareo programmato" la Società rimborsa le spese del ricovero con il limite massimo di € 6.000,00 per evento. Tale limite di rimborso non è però operante qualora il parto cesareo sia reso necessario da stato di pericolo per la madre o il nascituro.

In caso di "parto fisiologico", la Società rimborsa le spese di cui sopra con il limite massimo di € 3.000,00 per evento.

Queste limitazioni non riguardano né le prestazioni sanitarie erogate alla madre per curare malattie da gravidanza e puerperio né gli interventi e terapie mediche – anche precedenti al parto – effettuati sul nascituro per correggere difetti o malformazioni.

A3) Aumenti di massimale per Grandi Interventi o trapianti di organi

Nel caso l'assistito debba sottoporsi ad uno dei GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI - intendendosi per tali solo quelli elencati nella Tabella "*GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI*", allegato sub. "D" al presente Contratto -, il massimale per anno e nucleo si intende elevato ad € 400.000,00. Nel solo caso di trapianto di organi il massimale viene prestato per evento ed elevato a € 500.000,00.

In aggiunta al riconoscimento delle spese sanitarie, se il ricovero per sottoporsi al Grande Intervento Chirurgico o trapianto viene programmato all'estero, le spese non strettamente

sanitarie ma pertinenti l'evento di malattia – quali quelle per il viaggio e la permanenza all'estero dell'assistito e di un accompagnatore di sua scelta- vengono rimborsate all'80% col limite di € 20.000,00 per ricovero.

Se tutte le spese relative al periodo di ricovero per il Grande Intervento Chirurgico sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Nazionale, verrà corrisposta, per ogni giorno di ricovero ospedaliero, un'indennità pari ad € 200,00 al giorno per una durata massima di 150 giorni.

A4) Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico

Nel caso di ricovero senza intervento, anche se effettuato in regime di ricovero diurno (Day Hospital), vengono riconosciute all'assistito – fino ad un limite annuo e per nucleo di Euro 150.000,00 - le seguenti spese:

- visite specialistiche, esami, medicinali ed accertamenti diagnostici, compresi i relativi onorari medici, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero;
- spese di trasporto con mezzo idoneo all'istituto di cura o ambulatorio scelto dall'assistito; tale garanzia viene prestata con un limite di € 5.000,00 per evento ed include sia il trasporto al centro di primo soccorso sia l'eventuale successivo trasferimento, a discrezione dell'assistito, ad una struttura italiana o estera considerata dall'assistito stesso più comoda o adatta alla cura della specifica patologia.
- spese per le rette di degenza, l'assistenza medica ed infermieristica, per le cure, accertamenti diagnostici, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per medicinali e per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero; in aggiunta alla normale assistenza infermieristica che la struttura sanitaria garantisce a tutti i ricoverati, la polizza copre l'assistito per le eventuali spese per assistenza infermieristica personale.
- spese per vitto e pernottamento in istituto di cura di un accompagnatore dell'infermo fino alla concorrenza di € 75 giornaliera per un massimo di 30 giorni per evento (tale previsione vale anche per le spese sostenute all'estero);
- spese per esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche anche a domicilio, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (inclusi apparecchi per agevolare la deambulazione) effettuati nei 100 giorni successivi al ricovero purché direttamente conseguenti all'evento che ha causato il ricovero stesso. Se tutte le spese relative al periodo di ricovero ospedaliero sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Nazionale, verrà corrisposta, per ogni giorno di ricovero ospedaliero, un'indennità pari ad Euro 100 al giorno per una durata massima di 150 giorni. L'indennità sostitutiva è corrisposta integralmente anche per le forme che prevedono la franchigia per il caso di ricovero ospedaliero;
- in caso di decesso conseguente a ricovero, vengono rimborsate le spese per il trasporto (ovvero rimpatrio se avvenuto all'estero) della salma con un massimo di Euro 3.000,00.

A5) Aumento di massimale per Gravi patologie

Nel caso la patologia diagnosticata non sia trattabile tramite intervento chirurgico ma comporti il rischio di morte o di processi degenerativi gravemente o totalmente invalidanti, la copertura viene ampliata come segue:

- A) il massimale annuo è pari ad Euro 300.000,00;
- B) il rimborso di tutte le cure, inclusi gli eventuali medicinali, non è soggetto al limite dei 100 giorni precedenti e successivi il ricovero;
- C) sono ricompresi in garanzia – purché prescritti da un medico abilitato all'esercizio della professione secondo la legislazione del paese dove l'assistito è in cura – tutti i trattamenti, i medicinali ed i mezzi di cura forniti dalla ricerca scientifica purché contemplati da protocolli di cura anche sperimentali.

A6) Franchigie e scoperti

Nel caso di prestazioni effettuate nei Centri convenzionati e con equipe medico/chirurgiche convenzionate viene riconosciuto il 100% della spesa.

Qualora l'assistito si rivolga ad un Centro convenzionato ma si avvalga di equipe medico/chirurgiche non convenzionate verrà comunque attivata l'assistenza diretta con riconoscimento del 100% delle spese afferenti la parte convenzionata e saranno sottoposte a franchigia e/o scoperto le spese afferenti le prestazioni non convenzionate, fermi restando, comunque, i massimali contrattualmente previsti sia per l'assistenza diretta che per l'assistenza indiretta.

Nel caso invece di prestazioni effettuate fuori rete convenzionata i rimborsi sono soggetti a:

- per ricoveri – con o senza intervento - scoperto del 15% senza previsione di alcun massimale;
- per le prestazioni in Day Hospital o Day Surgery o Intervento Ambulatoriale : scoperto del 15% con un massimo a carico dell'assistito di Euro 350,00.

Tali importi resteranno a carico dell'assicurato ed opereranno per ogni singolo evento.

Per i dipendenti pensionati (incluso il nucleo familiare fiscalmente a carico) di cui alla Tabella allegata sub. A al presente Contratto, "Opzione 1", le franchigie e gli scoperti applicati saranno i seguenti:

- Scoperto del 15% con un minimo pari ad Euro 750,00, nel caso di prestazioni effettuate in centri convenzionati;
- Scoperto del 15% con un minimo pari ad Euro 1.500,00, nel caso di prestazioni effettuate fuori dai centri convenzionati.

Resta fermo quanto previsto all'art. 1.3 del presente Contratto.

SEZIONE B: prestazioni ambulatoriali e domiciliari

B1) - Spese per accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione

Sono rimborsate, anche se indipendenti da ricovero, le spese per le seguenti prestazioni: AMNIOCENTESI, CHEMIOTERAPIA, COBALTOTERAPIA, DIALISI, DIAGNOSTICA RADIOLOGICA, ECOGRAFIA, ECOCARDIOGRAFIA, ELETTROCARDIOGRAFIA, DOPPLER, ELETTROENCEFALOGRAFIA, LASERTERAPIA, RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE, M.O.C., SCINTIGRAFIA, T.A.C., TELECUORE, ANGIOGRAFIA, ARTERIOGRAFIA, BRONCOSCOPIA, COLONSCOPIA, DUODENOSCOPIA, ECODOPPLER, ENDOSCOPIA, ESOFAGOSCOPIA, GASTROSCOPIA, HOLTER, MIELOGRAFIA, RADIONEFROGRAMMA, RADIO TERAPIA COMPRESO COBALTO TERAPIA, TERAPIA INTERFONICA, UROGRAFIA, XEROGRAFIA.

In aggiunta alle prestazioni sopra specificatamente elencate, questa garanzia è fin d'ora operante, in relazione alle patologie di tipo oncologico, per qualunque trattamento e terapia, compresi quelli futuri ed innovativi, purché prescritti da un medico abilitato all'esercizio della professione secondo la legislazione del paese dove l'assistito è in cura e contemplati da protocolli di cura anche sperimentali.

La garanzia di cui al presente titolo si intende prestata con il massimale di Euro 5.000,00 - inteso quale disponibilità unica per anno assicurativo e per ogni nucleo familiare – e con i seguenti scoperti e franchigie:

- pagamento riconosciuto al 100% se prestazione effettuata nei Centri convenzionati,
- scoperto del 20% senza previsione di alcun massimale se prestazione effettuata fuori rete.

Lo scoperto non si applica per chemioterapia, radioterapia (compreso cobaltoterapia) e dialisi. Resta fermo quanto previsto all'art. 1.3 del presente Contratto.

B2) Spese per visite specialistiche, diagnostica ordinaria, cure domiciliari ed ambulatoriali

Sono rimborsate le spese:

- 1 per accertamenti diagnostici prescritti dal medico curante o specialista (compresi gli onorari dei medici);
- 2 per visite e prestazioni specialistiche ambulatoriali e/o domiciliari, (compresi gli onorari dei medici).
- 3 per trattamenti fisioterapici e riabilitativi (incluse spese per il noleggio di apparecchiature sanitarie per trattamenti fisioterapici a domicilio);

La garanzia di cui al presente titolo si intendono prestate con il massimale di Euro 3.000,00 - inteso quale disponibilità unica per anno assicurativo e per ogni nucleo familiare – e con i seguenti scoperti e le franchigie:

- pagamento riconosciuto al 100% se prestazione effettuata nei Centri convenzionati

- scoperto del 20% con minimo di Euro 30,00 se prestazione effettuata fuori rete.

Si specifica altresì che la garanzia di cui al numero 3 del presente titolo, fatta salva l'ipotesi dei soli soggetti riconosciuti portatori di handicap/invalidi civili ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, si intende prestata, nell'ambito del suddetto massimale pari ad Euro 3.000,00, con il massimale specifico di Euro 500,00 - inteso quale disponibilità unica per anno assicurativo e per ogni nucleo familiare – e con i seguenti scoperti e le franchigie:

- pagamento riconosciuto al 100% se prestazione effettuata nei Centri convenzionati
- scoperto del 20% con minimo di Euro 30,00 se prestazione effettuata fuori rete.

Resta fermo quanto previsto all'art. 1.3 del presente Contratto.

B3) Cure dentarie da infortunio

Sono rimborsate nel limite del massimale di Euro 3.000,00 - inteso quale disponibilità unica per anno assicurativo e per ogni nucleo familiare - le cure dentarie e ortodontiche e relative protesi rese necessarie a seguito di infortunio, anche qualora l'infortunio non abbia causato il ricovero. Il rimborso è soggetto ad uno scoperto del 20% con un minimo a carico dell'assistito di Euro 150,00.

B4) Cure dentarie e prevenzione odontoiatrica

Sono rimborsate le spese per:

- 1 cure dentarie conservative, ad esclusione dell'igiene orale;
- 2 estrazioni ed otturazioni;
- 3 prestazioni stomatologiche ed odontoiatriche, incluse protesi ed ortodontiche.

I rimborsi avvengono col limite del 155% della Tariffa Ordine dei Medici di cui al D.P.R. 81 del 17/02/1992 e sono soggetti al massimale di Euro 2.200,00 - inteso quale disponibilità unica per anno assicurativo e per ogni nucleo familiare - con franchigia annua per tutto il nucleo familiare di Euro 150,00 per anno.

Gli assicurati che richiederanno i rimborsi per spese effettuate al di fuori della rete in convenzione dovranno produrre preventivamente al ricorso alle cure nonché alla chiusura delle stesse, referto di esame diagnostico (dental scan, ortopantomica, RX, ecc..) ai fini dei necessari riscontri.

E' inoltre previsto il riconoscimento, una volta all'anno e per ciascuna persona assicurata, di una seduta di igiene orale e visita di prima valutazione effettuata in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla centrale operativa, previa prenotazione.

Per il nucleo familiare fiscalmente a carico dei dipendenti pensionati di cui alla Tabella allegata sub. A al presente Contratto, "Opzione 1", è esclusa l'assicurazione delle prestazioni di cui al presente articolo.

SEZIONE C: altre spese mediche

C1) Medicinali non mutuabili

Sono rimborsate le spese per medicinali non mutuabili con l'applicazione dello scoperto del 25% con un minimo non indennizzabile di Euro 30,00 per ogni ricetta o prescrizione e massimale assicurato di Euro 500,00 per nucleo/anno. Sono inclusi anche i preparati omeopatici non mutuabili.

C2) Spese per lenti

Sono rimborsate le spese per l'acquisto delle sole lenti e lenti a contatto, con il massimale di Euro 500,00 - inteso quale disponibilità unica per anno assicurativo e per ogni nucleo familiare - e con scoperto del 20% con il minimo di Euro 50,00. La copertura non include le montature (=occhiali) e le fatture d'acquisto delle lenti devono essere accompagnate da prescrizione del medico oculista, dell'ottico optometrista o dell'ortottico, attestante la variazione del "visus".

C3) Spese per protesi anatomiche, apparecchi acustici

Sono rimborsate le spese per l'acquisto/riparazione/sostituzione di ausili sanitari prescritti da un medico (quali ad esempio protesi anatomiche, stampelle, corsetti gessati ed apparecchi acustici) con il massimale di Euro 2.500,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo e con scoperto del 20% con minimo di Euro 50,00.

C4) Rimborso Ticket SSN

I Tickets del SSN relativi a tutte le prestazioni coperte dalla garanzia vengono rimborsati al 100%. Sono comunque esclusi dal rimborso i tickets relativi ai medicinali mutuabili, salvo che nei 100 giorni precedenti e successivi un ricovero.

Art. 4 – Limitazioni ed esclusioni di garanzia

Art. 4.1 - Persone non assicurabili

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni. Non rientrano in copertura le persone affette da alcolismo e tossicomania. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza l'assicurazione cessa dopo il primo evento.

Art. 4.2 - Limiti della prestazioni (per tutte le persone assicurate)

La copertura assicurativa vale durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni; è invece sospesa durante il servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazioni o per motivi di

carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le suddette cause di sospensione.

Art. 4.3 - Esclusioni dalla garanzia

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

1. intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo che non si tratti di somministrazione terapeutica non conseguente ad assunzione volontaria), allucinogeni e simili;
2. gli infortuni sofferti in caso di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
3. le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche - salvo che non si tratti di radiazioni utilizzate per terapie mediche;
4. conseguenze di guerre, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
5. prestazioni aventi finalità estetiche, cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni non congenite preesistenti alla data di inclusione in garanzia di ciascun assicurato. Restano però compresi in copertura le seguenti due tipologie di ricoveri ricostruttivi:
 - i ricoveri ospedalieri per interventi chirurgici stomatologici e di chirurgia plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio verificatosi successivamente alla data di inclusione in garanzia di ciascun assicurato;
 - i ricoveri ospedalieri per ricostruzioni chirurgiche a seguito di interventi asportativi (direttamente riconducibili alla patologia) verificatisi successivamente alla data di inclusione in garanzia di ciascun assicurato.
6. malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e depressive, nonché quelle riferibili ad "esaurimento nervoso", psicoterapia e psicoanalisi;
7. agopuntura non effettuata da medico;
8. Fecondazione artificiale.

Art. 5 – Modalità di rimborso

L'assicurato può – a sua scelta – avvalersi della procedura di assistenza diretta presso strutture e/o medici convenzionati oppure anticipare in proprio le spese e richiederne successivamente il rimborso (assistenza indiretta).

Art. 5.1 - Assistenza diretta

Il riconoscimento delle spese mediche coperte dalla garanzia può avvenire, a scelta dell'assistito, nella forma dell'assistenza diretta. Il servizio di pagamento diretto può essere richiesto:

- A) in caso di ricovero (con o senza pernottamento, incluso quindi Day Hospital e Day Surgery)
- B) in caso di interventi ambulatoriali
- C) per accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione
- D) per visite specialistiche ed altri accertamenti diagnostici

Il servizio di pagamento diretto può essere richiesto, inoltre, per qualsiasi prestazione prevista dal piano sanitario.

Il servizio di pagamento diretto viene attivato con le modalità di seguito riportate.

Il primo contatto telefonico con la Centrale operativa

Per accedere al servizio di pagamento diretto occorre che l'Assistito telefoni preventivamente alla Centrale operativa: ordinariamente, la telefonata di richiesta del servizio deve avvenire almeno 2 giorni prima rispetto alla data della prestazione/ricovero previsti; la Centrale operativa deve essere comunque a disposizione per intervenire, quando è possibile, anche in situazioni impreviste di urgenza.

Nel corso del primo contatto, l'Assicurato deve indicare gli estremi della polizza, la Struttura sanitaria convenzionata prescelta e l'equipe medica della quale intende avvalersi (la Centrale operativa è così messa in condizione di verificare se l'equipe medica sia convenzionata, avuto riguardo all'esistenza o meno di un convenzionamento con il primo operatore o con il medico titolare del ricovero). L'Assicurato deve inoltre fornire i recapiti telefonici per essere successivamente ricontattato.

La scelta della Struttura sanitaria e del medico spetta sempre all'Assicurato.

La Centrale operativa è peraltro a disposizione per fornire informazioni sulla rete di strutture sanitarie e di Medici convenzionati.

La successiva trasmissione della certificazione medica alla Centrale operativa e l'eventuale colloquio telefonico con il medico della Centrale operativa stessa.

Successivamente alla telefonata di primo contatto – e comunque almeno 2 giorni prima del ricovero – l'Assicurato deve trasmettere (anche via fax/mail) alla Centrale operativa la certificazione medica attestante la diagnosi e la tipologia di prestazione sanitaria richiesta.

Quando occorra, l'Assicurato verrà contattato da un medico della Centrale operativa per l'acquisizione di ulteriori informazioni.

La risposta della Centrale operativa

Dopo aver verificato, sulla base di quanto emerso a seguito del primo contatto telefonico, della certificazione medica e dell'eventuale colloquio con il medico, che la garanzia assicurativa è, nella fattispecie, operante, la Centrale operativa conferma telefonicamente

all'Assicurato l'accesso al servizio di pagamento diretto alla Struttura sanitaria e alla équipe medica convenzionate, evidenziando contestualmente eventuali delimitazioni di garanzia previste dal contratto, quali franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di massimale.

Se la Centrale operativa ritiene, per quanto valutato in base alle informazioni ricevute, di escludere, nella fattispecie, l'operatività della garanzia, ovvero di non poter formulare un giudizio in merito, ne dà notizia telefonica all'Assicurato, chiarendo i motivi alla base di tale decisione.

Successivamente, l'Assicurato potrà comunque inviare la certificazione delle spese sostenute alla Società assicuratrice, unitamente alla relativa documentazione medica, per richiedere l'indennizzo tramite rimborso delle spese. La Società assicuratrice provvederà a un'ulteriore valutazione del caso sulla base della documentazione complessivamente acquisita e a corrispondere l'indennizzo, se dovuto.

L'accesso alla struttura convenzionata: la sottoscrizione dell'Assicurato del modulo di autorizzazione al pagamento diretto e della dichiarazione alla Società assicuratrice

Per usufruire del servizio di pagamento diretto, l'Assicurato, all'atto dell'accesso alla Struttura sanitaria convenzionata, deve controfirmare il documento di autorizzazione, inviato dalla Centrale operativa alla Struttura sanitaria, ove sono specificate le spese direttamente liquidabili dalla Società assicuratrice e quelle non indennizzabili.

RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE

Nel caso in cui, nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano la inoperatività e/o inefficacia dell'assicurazione, le stesse saranno comunicate all'Assicurato, che dovrà restituire alla Società, entro e non oltre 45 giorni dalla comunicazione, tutte le somme dalla stessa indebitamente liquidate all'Istituto di cura. In caso di mancata restituzione alla Società delle sopra indicate somme nel termine previsto di 45 giorni, la stessa si riserva il diritto di agire giudizialmente nei confronti dell'Assicurato per ottenere la restituzione delle somme indebitamente liquidate all'Istituto di cura in forza dell'impegno assunto con la stessa al momento del ricovero.

Art. 5.2 - Assistenza indiretta a rimborso

In caso di prestazioni sanitarie erogate da strutture e medici non convenzionati – e per le quali quindi l'assistito abbia dovuto anticipare in proprio la spesa – l'assistito deve inoltrare la denuncia di sinistro alla CASSA al termine del ciclo di cure con le quali l'evento stesso è stato trattato non appena disponibile idonea documentazione medica. Tale termine decorre dalla conclusione del ciclo di cure con le quali l'evento stesso è stato trattato.

La denuncia – redatta utilizzando l'apposito modulo – deve essere corredata dalla necessaria certificazione medica che contenga la diagnosi o il sospetto diagnostico, nonché delle

fotocopie delle fatture, notule, giustificativi e documenti di spesa fiscalmente validi attestanti le spese sostenute. Qualora entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione, la Società non abbia provveduto a respingere il sinistro oppure a chiedere legittimamente - e secondo i principi di buona fede e correttezza - ulteriore documentazione, entro i successivi 15 giorni si provvederà ad effettuare il rimborso. In caso di richiesta di documentazione integrativa da parte della Società, il termine per il pagamento dianzi indicato (15 giorni) decorrerà dalla ricezione da parte di quest'ultima della documentazione integrativa richiesta.

In caso di ritardo nel pagamento, rispetto ai termini dianzi indicati, l'Azienda Associata potrà applicare alla Società, per ogni giorno di ritardo, una penale di importo pari allo 0,3 per mille dell'ammontare netto del certificato applicativo.

L'importo massimo delle penali applicate non potrà superare il 10% del valore dell'importo del certificato applicativo.

In ogni caso l'Assistito deve consentire alla CASSA ed alla Società di svolgere le indagini e gli accertamenti necessari per la liquidazione del sinistro, producendo copia della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine, ove necessario, sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

I rimborsi vengono effettuati in Italia ed in Euro; per le spese sostenute fuori dall'Unione Europea - o comunque non sostenute in Euro - i rimborsi - fermi termine e penalità sopra stabiliti - verranno eseguiti in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 6 – Altre disposizioni

Art. 6.1 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 6.2 - Prescrizione

In deroga dell'art. 2952 del C.C. i termini per la prescrizione di diritti dei singoli Assistiti derivanti dal contratto di assicurazione si intendono raddoppiati.

Equitalia S.p.A.
Il legale rappresentante

La Società
Il legale rappresentante

La CASSA
Il legale rappresentante

Dichiarazione

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, la Società e la Cassa dichiarano di approvare specificatamente le seguenti disposizioni del Capitolato tecnico:

- Art. 1.3 - Durata del contratto
- Art. 1.5 - Foro competente
- Art. 1.7 - Coassicurazione e delega
- Art. 1.8 - Assicurazioni presso diversi assicuratori
- Art. 2.1 - Certificati Applicativi
- Art. 2.2 – Cassa di assistenza
- Art. 3.1 - Soggetti Assistibili
- Art. 3.2 - Decorrenza, inserimento in copertura e durata delle garanzie in relazione al singolo assistito e regolazione del premio
- Art. 3.4 - Strutture convenzionate
- Art. 3.5 - Contact center e sito web
- Art. 5.2 - Assistenza indiretta a rimborso
- Art. 6.2 – Prescrizione

La Società
Il legale rappresentante

La CASSA
Il legale rappresentante

ALLEGATI

- Allegato “A”: Norme tariffarie
- Allegato “B”: *Fac simile* - reportistica
- Allegato “C”: *Fac simile* - Richiesta di emissione del certificato applicativo
- Allegato “D”: Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Allegato "A" - NORME TARIFFARIE
Prestazioni sanitarie per i dipendenti in servizio ed esodati

Categoria	Tariffa	Garanzia
dipendente in servizio	Premio pro capite annuo pari a Euro 1.133,26	totale
coniuge, convivente more uxorio e figli fiscalmente a carico del dipendente	inclusi nel premio a favore del dipendente	totale
coniuge, convivente more uxorio, figli e familiari non fiscalmente a carico del dipendente	quote integrative a carico del dipendente: • familiare fino a 30 anni: Euro 247,07 annui • familiare da 31 a 45 anni: Euro 329,43 annui • familiare da 46 a 65 anni: Euro 494,14 annui • (solo per il coniuge o convivente more uxorio) familiare da 66 a 75 anni: Euro 686,33 annui	totale

Prestazioni sanitarie per i pensionati dal 01/10/2006
Opzione "1"

Categoria	Tariffa	Garanzia
pensionato	premio annuo pari ad Euro 1.613,14 a carico del pensionato	totale
familiari fiscalmente a		franchigie di cui all'art. a 6) ed

carico del pensionato	inclusi nel premio del pensionato	esclusioni di cui all'art. b.4) del contratto di assicurazione.
familiari non fiscalmente a carico del pensionato	quote integrative per ciascun familiare a carico del pensionato: - familiare fino a 30 anni: Euro 256,96 annui - familiare da 31 a 45 anni: Euro 342,61 annui - familiare da 46 a 65 anni: Euro 513,91 annui - familiare da 66 a 75 anni: Euro 713,78 annui	totale
Opzione "2"		
Categoria	Tariffa	Garanzia
pensionato	premio annuo pari ad Euro 1.613,14 a carico del pensionato	totale
familiari fiscalmente a carico del pensionato	quote integrative per ciascun familiare a carico del pensionato: - familiare fino a 30 anni: Euro 256,96 annui - familiare da 31 a 45 anni: Euro 342,61 annui - familiare da 46 a 65 anni: Euro 513,91 annui - familiare da 66 a 75 anni: Euro 713,78 annui	totale
familiari non fiscalmente a carico del pensionato	quote integrative per ciascun familiare a carico del pensionato: - familiare fino a 30 anni: Euro 256,96 annui - familiare da 31 a 45 anni: Euro 342,61 annui - familiare da 46 a 65 anni: Euro 513,91 annui - familiare da 66 a 75 anni: Euro 713,78 annui	totale



ALLEGATO "B"
Fac simile Reportistica

			Equitalia S.p.A.	Equitalia S.R. SpA	Equitalia Giustizia		
Dati trimestrali	Sinistri pervenuti nel__trimestre anno ____	N° Sinistri					
		Importo richiesto					
Dati complessivi della stipula del contratto	Totale sinistri pervenuti (A) + (B) + (C)	N° totale sinistri					
		Importo totale richiesto					
		Importo totale rimborsato					
	Sinistri chiusi e rimborsati (A)	N° sinistri					
		Importo richiesto					
		Importo rimborsato					
	Sinistri respinti (B)	N° sinistri					
		Importo respinto					
	Sinistri in lavorazione (C)	N° sinistri					
		Importo richiesto					
		Importo rimborsato					

ALLEGATO "C"
Fac simile - Richiesta di emissione del certificato applicativo
Richiesta di emissione del Certificato applicativo

Tel.
 Fax.
(eventuale: e-mail:
**)**
c.a.

Riferimenti protocollo della Contraente

n° protocollo del Contraente:

Data:

 Il sottoscritto
(Unità Ordinante)

in qualità di

 per conto di *(indicare la Società di appartenenza, ovverosia la Contraente)*

 Codice Fiscale *(della Contraente)*

 o Partita IVA *(della Contraente)*

 Codice Fiscale *(della persona autorizzata a firmare la presente Richiesta)*

con sede in

Provincia

Via

N°

CAP

Tel.

Fax

e-mail:

- consapevole della responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;
- visto il Contratto di assicurazione per la copertura assicurativa sanitaria dei dipendenti di Equitalia S.p.A. e delle società del Gruppo Equitalia, stipulato da Equitalia S.p.A. con la Società _____ e la CASSA _____,

dichiara

di essere titolare del potere di spesa per l'acquisto del servizio oggetto del Contratto di assicurazione di cui sopra;

che il Responsabile del Procedimento Amministrativo e il Direttore dell'esecuzione per l'Azienda associata, sono rispettivamente i Sig.ri _____ (indicare anche i relativi recapiti)

e richiede

l'emissione da parte della Società _____ del certificato applicativo, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al Contratto di assicurazione e relativi Allegati, sulla base dei dati di seguito indicati:

Denominazione e ragione sociale della Contraente		
Durata della copertura		
Numero assicurati		
Numero CIG		
Le comunicazioni previste dal Contratto di assicurazione, salvo quanto diversamente comunicato, dovranno essere inviate a:		
(Ufficio preposto)		
All'attenzione di:		
Città		Provincia
Via	n°	CAP
E-mail		Fax

Si allega l'Atto di nomina del Responsabile esterno del trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 29 D.lgs 196/2003 e s.m.i

ALLEGATO "D"
TABELLA "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI"

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CHIRURGIA GENERALE

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
- Resezioni e plastiche tracheali
- Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale

ESOFAGO

- Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale
- Resezione di diverticoli del l'esofago toracico con o senza miotomia
- Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale
- Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo- cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia
- Esofagogastropastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonoplastica
- Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia
- Esofagectomia per via toracoscopica
- Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale o laparoscopica per acalasia cardiale
- Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale o toracoscopia
- Deconnessioni azygos portal per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee

TORACE

- Mastectomia radicale con dissezione ascellare e/o sopraelaveare e/o mediastinica
- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- Timectomia per via toracica o toracoscopica
- Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
- Pleurectomie e pleuropneumonectomie
- Lohectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
- Resezioni bronchiali con reimpianto
- Trattamento chirurgico di fistole post chirurgiche
- Toracoplastica: I e II tempo
- Exeresi per tumori delle coste o dello sterno

PERITONEO

- Intervento di esportazione di tumori retroperitoneali

STOMACO - DUODENO - INTESTINO TENUE

- Intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Interventi di riconversione per dumping syndrome
- Gastrectomia prossimale cd esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias
- Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias
- Resezione intestinale per via laparoscopica

COLON - RETTO

- Emicolectomia destra e linfadenectomia per via laparoscopica
- Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia
- Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia tradizionale o per via laparoscopica
- Resezione rettocolica con anastomosi colo-anale per via tradizionale o laparoscopica
- Proctocolectomia con anastomosi ileo-anale e reservoir ileale per via tradizionale o laparoscopica
- Amputazione del retto per via addomino-perineale
- Microchirurgia endoscopica transanale
- Ricostruzione sfinteriale con gracileplastica

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezioni epatiche maggiori e minori
- Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale
- Colectistectomia laparoscopica con approccio operatorio sul coledoco con colangiografia intraoperatoria
- Anastomosi buio-digestive
- Reinterventi sulle vie biliari
- Chirurgia dell'ipertensione portale:
 - a) interventi di derivazione
 - anastomosi porto-cava
 - anastomosi spieno-renale
 - anastomosi mesenterico-cava
 - b) interventi di devascularizzazione
 - legatura delle varici per via toracica e/o addominale
 - transezione esofagea per via toracica
 - transezione esofagea per via addominale
 - deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
 - transezione esofagea con devascularizzazione paraesofago-gastrica

PANCREAS - MILZA - SURRENE

- duodenocefalo-pancreatectomia con o senza linfadenectomia
- Pancreatectomia totale con o senza linfadenectomia
- derivazioni pancreato-Wirsung digestive
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare
- Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore (orbito-zigomatiche comprese)
- Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale
- Trattamento chirurgico semplice o combinato delle anomalie della mandibola e del mascellare superiore
- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia
- Ricostruzione della mandibola con innesti ossei
- Ricostruzione della mandibola con materiale alloplastico

CARDIOCHIRURGIA

- Ablazione transcatetere
- Angioplastica coronarica
- By-pass aorto-coronarico
- Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non escluse dalla garanzia
- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci
- Pericardiectomia totale
- Resezione cardiaca
- Sostituzione valvolare con protesi
- Sutura del cuore per ferite
- Valvuloplastica

NEUROCHIRURGIA

- Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali
- Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
- Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia
- Trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla garanzia
- Microdecompressioni vascolari per: nevralgie trigeminali, emispasmo facciale, ipertensione arteriosa essenziale

- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Craniotomia per neoplasie endoventricolari
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria
- Biopsia cerebrale per via stereotassica
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Derivazione ventricolare interna ed esterna
- Craniotomia per ascesso cerebrale
- Intervento per epilessia focale
- Cranioplastiche ricostruttive
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali
- Interventi per ernia discale toracica
- Interventi per ernia discale lombare
- Laminectomia decompressiva ed esplorativa
- Trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari
- Intervento chirurgico per neoplasie dei nervi periferici

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica e/o addominale
- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali)
- Interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica (monolaterali)
- Interventi sulle arterie viscerali o renali
- Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali)
- Interventi di rivascularizzazione extra-anatomici
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
- Reinterventi per ostruzione di TEA o by-pass
- Intervento per fistola aorto-enterica
- Interventi sulla vena cava superiore o inferiore
- Trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale)
- Trattamento dell'elefantiasi degli arti

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Trattamento dell'atresia dell'esofago
- Trattamento di stenosi tracheali
- Trattamento di ernie diaframmatiche
- Trattamento delle atresie delle vie biliari
- Intervento per megacolon
- Intervento per atresia anale
- Intervento per megauretere

CHIRURGIA ORTOPEDICA

- Artrodesi grandi segmenti
- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artroprotesi di spalla
- Artroprotesi di anca parziale e totale
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
- Emipelvectomy
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- Osteosintesi vertebrale
- Trattamento cruento dei tumori ossei

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrolitotomia percutanea (PVL)
- Litotomia extracorporea
- Nefrectomia polare
- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomy
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale
- Esofia vescicale e derivazione
- Cistectomy totale con derivazione urinaria e neovesica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
- Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale, vagino-intestinale
- Plastica antireflusso bilaterale e monolaterale
- Enterocistoplastica di allargamento
- Orchiectomy con linfadenectomy pelvica e/o lombo aortica
- Prostatectomia radicale con linfadenectomy
- Plastiche per incontinenza femminile
- Resezione uretrale e uretrorrafia
- Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Vulvectomy allargata con linfadenectomy
- Creazione di vagina artificiale
- Exenteratio pelvica
- Isterectomy radicale per via addominale con o senza linfadenectomy
- Isterectomy radicale per via vaginale
- Interventi sulle tube in microchirurgia
- Laparotomia per ferite o rotture uterine
- Isterectomy per via laparoscopica

CHIRURGIA OCULISTICA

- Vitrectomia anteriore e posteriore
- Trapianto corneale a tutto spessore
- Iridocicloretrazione
- Trabeculectomia
- Cerchiaggio per distacco di retina

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

- Parotidectomia con conservazione del facciale
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
- Asportazione tumori parafaringei
- Svuotamento funzionale o demolitivo del collo
- Chirurgia dell'otite colesteatomatosa
- Neurectomia vestibolare
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico.
- Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare
- Petrosectomia
- Laringectomia sopraglottica o subtotale
- Laringectomie parziali verticali
- Laringectomia e faringolaringectomia totale
- Exeresi fibrangioma rinofaringeo
- Resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne

Si considerano "Interventi di alta chirurgia" anche:

- il trapianto e l'espanto di organi;
- il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione)

CONTRATTO NORMATIVO**TRA**

Equitalia S.p.A. in nome proprio e in nome e per conto di tutte le società del Gruppo Equitalia con sede legale in Roma, capitale sociale Euro 150.000.000,00, iscritta al Registro delle Imprese presso la C.C.I.A.A. di Roma al n. 08704541005, Cod. Fisc. e P. IVA 08704541005, in persona di _____ all'uopo delegato, (di seguito, per brevità, anche solo "**Equitalia**"),

E

_____, sede legale in _____, Via _____, capitale sociale Euro _____, iscritta al Registro delle Imprese presso la C.C.I.A.A. di _____ al n. _____, Cod. Fisc. e P. IVA . _____ in persona del _____, quale legale rappresentante della predetta società per la sottoscrizione del Contratto di assicurazione (Contratto normativo e Capitolato tecnico), in forza _____ (di seguito, per brevità, anche "**Società**").

E

_____, sede legale in _____, Via _____, Cod. Fisc. _____, in persona del legale rappresentante _____, (di seguito, per brevità, anche "**CASSA**").

Premesso

- che con Disposizione del Responsabile della Direzione Approvvigionamenti e Logistica _____ n. ____ del ____/____/2017, Equitalia _____ ha avviato una "*procedura aperta per l'affidamento del servizio di copertura assicurativa sanitaria per i dipendenti di Equitalia S.p.A. e delle società del Gruppo Equitalia*";
- che all'esito del confronto concorrenziale all'uopo indetto, l'offerta presentata dalla Società è risultata quella migliore, secondo quanto indicato nel disciplinare di gara;
- che, pertanto, con provvedimento prot. ____/____ del _____, Equitalia ha disposto l'aggiudicazione definitiva dell'appalto in favore della Società;
- che a seguito delle verifiche effettuate ai sensi dell'art. 32, comma 7, del D.lgs. 18 aprile 2016, n.

50, l'aggiudicazione definitiva ha acquisito efficacia;

- che è decorso il termine per la stipula del presente Contratto, di cui all'art. 32, comma 9, del D.lgs. n. 50/2016;
- che la Società, in sede di gara, si è espressamente obbligata ad eseguire le prestazioni oggetto del presente Contratto alle condizioni, modalità e termini di seguito stabiliti;
- che la Società, ai fini della sottoscrizione del presente Contratto, ha costituito un'idonea cauzione definitiva a garanzia dell'adempimento di tutte le obbligazioni, nessuna esclusa, previste nel Contratto medesimo per un importo pari ad Euro _____, emessa da _____, il _____ e valida sino al _____.

Tutto quanto sopra premesso, le parti, come in epigrafe rappresentate e domiciliate, convengono quanto segue.

Articolo 1

Premesse e allegati

1. Le premesse e gli atti e documenti di seguito indicati, ancorché non materialmente allegati, costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Contratto:
 - Allegato "A" (Offerta tecnica della Società);
 - Allegato "B" (Offerta economica della Società);
 - Allegato "C" (Nomina Responsabile esterno del trattamento dei dati).
2. L'esecuzione di quanto oggetto del presente Contratto è regolata, in via graduata, dalle clausole del Contratto normativo, del Capitolato tecnico, e dei suoi allegati (Offerta tecnica, Offerta economica, Nomina Responsabile esterno del trattamento dei dati), che costituiscono la manifestazione integrale di tutti gli accordi intervenuti tra la Contraente, la Società e la CASSA, relativamente alle attività e prestazioni contrattuali.

Articolo 2

Oggetto

1. Con il Contratto Equitalia, ai sensi degli artt. 1655 e ss. cod.civ., affida alla Società, che accetta, *il servizio di copertura assicurativa sanitaria per i dipendenti di Equitalia S.p.A. e delle società del Gruppo Equitalia.*

2. Le prestazioni affidate dovranno essere svolte secondo le regole della migliore tecnica ed arte e secondo le modalità specificate nel successivo articolo 5 e nel Capitolato Tecnico.

Articolo 3

Durata

1. Il Contratto avrà la durata di 12 (dodici) mesi a decorrere dalle ore 24.00 del 31 gennaio 2018. I singoli Certificati applicativi, emessi in favore delle Aziende Associate (società del Gruppo Equitalia) hanno durata di 12 (dodici) mesi. Pertanto, in ogni caso, il termine finale di durata dei Certificati applicativi deve necessariamente coincidere con il termine finale di durata del Contratto, ciò anche nel caso di recesso da parte di Equitalia ovvero di risoluzione del Contratto stesso.
2. Equitalia si riserva la facoltà di rinnovare il Contratto per ulteriori 12 (dodici) mesi al medesimo importo annuo lordo complessivo previsto al successivo articolo 4.1.
3. Ai sensi dell'art. 106, comma 11, del D.lgs. n. 50/2016, Equitalia – nel corso dell'esecuzione della fornitura e dei servizi connessi in affidamento – si riserva la facoltà di prorogare la durata del Contratto per il tempo strettamente occorrente alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione di un nuovo contraente. In tal caso, la Società sarà tenuta all'esecuzione delle prestazioni previste nel Contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni o quelli più favorevoli per la stazione appaltante.

Articolo 4

Corrispettivi

1. Per i servizi assicurativi oggetto del Contratto, il premio annuo lordo pro-capite è pari ad Euro _____ e l'importo annuo lordo complessivo è pari ad Euro _____.
2. La Società prende atto ed accetta che, fermo il premio annuo lordo pro-capite previsto, l'importo annuo lordo complessivo di cui al precedente comma 1 è da considerarsi non vincolante per Equitalia la quale, pertanto, non risponderà nei confronti della Società in caso di impegno economico annuo complessivamente inferiore al predetto importo.
3. I corrispettivi dovuti alla Società dalle singole Aziende Associate per la prestazione dei servizi oggetto del Contratto saranno determinati per ciascun Certificato applicativo sulla base del premio calcolato applicando il ribasso offerto in sede di gara .

4. I corrispettivi sopra indicati si riferiscono all'esecuzione delle prestazioni affidate a perfetta regola d'arte e nel pieno adempimento delle modalità e delle prescrizioni contrattuali, essendo pertanto comprensivi di ogni onere e spesa di qualsiasi natura sostenuti dalla Società.
5. I corrispettivi contrattuali sono accettati dalla Società in base ai propri calcoli, alle proprie indagini, alle proprie stime, a suo esclusivo rischio, e sono pertanto invariabili ed indipendenti da qualsiasi imprevisto o eventualità.
6. I predetti corrispettivi coprono e compensano tutti gli oneri, nessuno escluso, occorrenti alla perfetta esecuzione delle prestazioni commesse.
7. La Società e la CASSA accettano espressamente che l'attività espletata dalla CASSA non avrà alcun costo ulteriore per il Gruppo Equitalia oltre ai contributi versati per la copertura del rischio e che le attività svolte dalla CASSA saranno remunerate unicamente dalla Società. Tale remunerazione non potrà incidere in alcun modo sull'entità delle prestazioni e delle coperture oggetto del presente Contratto.

Articolo 5

Modalità di esecuzione e oneri a carico della Società e della CASSA

1. Sono a carico della Società e della CASSA, intendendosi remunerati con i corrispettivi contrattuali di cui al precedente articolo 4, tutti gli oneri ed i rischi relativi o connessi alla prestazione delle attività e agli adempimenti occorrenti all'integrale esecuzione di tutte le prestazioni, nessuna esclusa, oggetto del presente Contratto.
2. La Società e la CASSA si obbligano ad eseguire le attività a perfetta regola d'arte, secondo la migliore pratica professionale, nel rispetto delle norme, anche secondarie, deontologiche ed etiche e secondo le condizioni, le modalità ed i termini indicati nel presente Contratto, da intendersi quali condizioni essenziali per l'adempimento delle obbligazioni assunte dalla Società e dalla CASSA con la sottoscrizione del presente Contratto.
3. La Società e la CASSA si obbligano a rispettare tutte le indicazioni relative all'esecuzione contrattuale che dovessero essere impartite dalla Contraente, nonché a dare immediata comunicazione a quest'ultima di ogni circostanza che abbia influenza sull'esecuzione del Contratto.
4. La Società e la CASSA si obbligano a consentire ad Equitalia e alle Società Contraenti di procedere in qualsiasi momento e anche senza preavviso alle verifiche sulla piena e corretta esecuzione del presente Contratto e a prestare la propria collaborazione per lo svolgimento di tali verifiche.

5. Gli eventuali maggiori oneri derivanti dalla necessità di osservare le norme e le prescrizioni di cui sopra, anche se entrate in vigore successivamente alla sottoscrizione del Contratto, resteranno ad esclusivo carico della Società e della CASSA, intendendosi in ogni caso remunerati con il corrispettivo contrattuale di cui al precedente articolo 4.1. La Società e la CASSA non potranno, pertanto, avanzare alcuna pretesa di compensi, a tal titolo, nei confronti di Equitalia e delle Società Contraenti, assumendosene ogni relativa alea.
6. La Società e la CASSA si impegnano espressamente a impiegare, a proprie cure e spese, tutte le strutture ed il personale necessario per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali nel rispetto di quanto specificato nel Contratto, nei suoi Allegati e negli atti della procedura.
7. La Società e la CASSA prendono atto e accettano che tutte le prestazioni commesse dovranno essere prestate con continuità. In nessun caso potranno sospendere le prestazioni contrattuali, pena la risoluzione di diritto del Contratto da parte di Equitalia ed il risarcimento a quest'ultima di ogni e qualsiasi danno.
8. La Società e la CASSA si obbligano ad avvalersi esclusivamente di personale proprio dipendente, ovvero legato da un rapporto di collaborazione esclusiva, specializzato in relazione alle prestazioni da eseguire, nonché di adeguati mezzi, beni e servizi necessari per l'esatto adempimento delle obbligazioni assunte con il Contratto, dichiarando di essere dotate di autonomia organizzativa e gestionale e di essere in grado di operare con propri capitali, mezzi ed attrezzature.
9. La Società e la CASSA si impegnano affinché, durante lo svolgimento delle prestazioni contrattuali, il proprio personale abbia un contegno corretto sotto ogni riguardo, nonché a vietare tassativamente allo stesso di eseguire attività diverse da quelle oggetto del Contratto presso i luoghi di esecuzione delle prestazioni commesse.
10. In caso di inadempimento da parte della Società e della CASSA degli obblighi di cui ai precedenti commi, Equitalia, fermo il diritto al risarcimento del danno, ha la facoltà di dichiarare risolto di diritto il Contratto.
11. La Società e la CASSA si impegnano espressamente a manlevare e tenere indenne la Contraente da tutte le conseguenze derivanti dalla eventuale inosservanza delle norme e prescrizioni tecniche, di sicurezza e sanitarie vigenti.
12. La CASSA si obbliga ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all'art. 51 del D.P.R. n. 917/1986, accettando i contributi versati dalle

Aziende Associate e riversando gli stessi sotto forma di premio alla Società, secondo le modalità previste nel Capitolato.

13. In caso di inadempimento da parte della Società e della CASSA alle rispettive obbligazioni di cui ai precedenti commi, la Contraente, fermo il diritto al risarcimento del danno, ha la facoltà di dichiarare risolto di diritto il Contratto.

Articolo 6

Obblighi derivanti dai rapporti di lavoro

1. La Società e la CASSA dichiarano, con la sottoscrizione del presente Contratto, di intrattenere con il proprio personale preposto all'esecuzione delle prestazioni affidate un rapporto di lavoro diretto, nel rispetto della normativa vigente.
2. In particolare, la Società e la CASSA si obbligano ad ottemperare verso i propri dipendenti a tutti gli obblighi derivanti da disposizioni legislative e regolamentari vigenti in materia di lavoro, ivi compresi quelli in tema di igiene e sicurezza, nonché previdenza e disciplina infortunistica, assumendo a proprio carico tutti i relativi oneri. La Società e la CASSA si impegnano a rispettare, nell'esecuzione delle obbligazioni derivanti dal presente Contratto, le norme regolamentari di cui al D.lgs. n. 81/2008 e successive modificazioni e integrazioni.
3. La Società e la CASSA si obbligano, altresì, ad applicare nei confronti dei dipendenti occupati nelle attività contrattuali le condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi ed integrativi di lavoro applicabili alla data di sottoscrizione del presente Contratto, alla categoria e nelle località di svolgimento delle attività, nonché le condizioni risultanti da successive modifiche ed integrazioni.
4. La Società e la CASSA si obbligano, altresì, a continuare ad applicare i suindicati contratti collettivi anche dopo la loro scadenza e fino alla loro sostituzione.
5. Gli obblighi relativi ai contratti collettivi nazionali di lavoro di cui ai commi precedenti vincolano la Società e la CASSA anche nel caso in cui queste non aderiscano alle associazioni stipulanti o recedano da esse, per tutto il periodo di validità del presente Contratto.
6. Il personale impiegato dalla Società e dalla CASSA dipenderà solo ed esclusivamente dalle medesime, con esclusione di qualsivoglia potere direttivo, disciplinare e di controllo da parte della

Contraente, la quale si limiterà a fornire al Responsabile del Contratto per la Società direttive di massima per il raggiungimento del migliore risultato operativo.

7. Resta inteso che la Società e la CASSA sono, e rimangono, responsabili in via diretta ed esclusiva del personale impiegato nell'esecuzione delle prestazioni e, pertanto, s'impegnano sin d'ora a manlevare e tenere indenne la Contraente da qualsivoglia pretesa avanzata, a qualunque titolo, da detto personale o da terzi in relazione all'esecuzione del Contratto.
8. La Contraente potrà richiedere l'allontanamento di quelle risorse che non dovessero tenere un comportamento decoroso ed in linea con i regolamenti interni di permanenza all'interno dei locali della Contraente medesima e/o dovessero non rispettare le disposizioni in materia di igiene e sicurezza sul lavoro. La Società e/o la CASSA dovranno provvedere all'immediata sostituzione delle risorse allontanate.
9. In caso di inadempimento da parte della Società o della CASSA agli obblighi di cui al presente articolo, fermo restando il diritto al risarcimento del danno, Equitalia potrà dichiarare la risoluzione di diritto del presente Contratto ai sensi dell'art. 1456 cod. civ..

Articolo 7

Penali

1. In caso di ritardato adempimento delle prestazioni contrattuali, ovvero di mancata o non conforme esecuzione delle prestazioni stesse, la Contraente potrà applicare nei confronti della Società le penali indicate all'articolo 5.2 del Capitolato tecnico.
2. L'importo delle penali sarà detratto direttamente dai corrispettivi maturati dalla Società non ancora fatturati ovvero mediante escussione della cauzione definitiva prestata, senza bisogno di diffida o procedimento giudiziario.
3. L'irrogazione delle penali non esclude il diritto della Contraente di agire per il ristoro del maggior danno subito, né esonera in nessun caso la Società dall'adempimento dell'obbligazione per la quale si è resa inadempiente e che ha determinato l'applicazione della penale.
4. L'importo massimo delle penali applicate non potrà superare il 10% del valore dei corrispettivi contrattuali.

Articolo 8

Fatturazione e modalità di pagamento

1. Il pagamento dei corrispettivi contrattuali sarà effettuato dalle Società Contraenti nei confronti della CASSA, la quale provvederà a sua volta alla corresponsione degli stessi alla Società.
2. Il pagamento avverrà secondo le modalità previste nel Capitolato tecnico, previa verifica da parte del Direttore dell'esecuzione, confermata dal Responsabile del Procedimento, della corretta esecuzione delle prestazioni effettuate, secondo quanto previsto dal presente Contratto e relativi allegati. All'esito positivo di tale verifica, la Società e la CASSA potranno effettuare la richiesta di liquidazione relativa alle attività regolarmente eseguite e il Direttore dell'esecuzione autorizzerà la liquidazione dei premi.
3. Anche in deroga all'art. 1901 cod. civ. la CASSA, sull'importo di ciascuna richiesta di liquidazione, dovrà operare una ritenuta dello 0,50 per cento, di cui dovrà dare evidenza nella richiesta stessa; le ritenute saranno svincolate soltanto in sede di liquidazione finale, dopo l'approvazione da parte delle Società Contraenti del certificato di regolare esecuzione e previo rilascio del documento unico di regolarità contributiva.
4. Sulle richieste di liquidazione dovrà essere indicato il numero di protocollo del presente Contratto e del Certificato applicativo, il numero di **CIG "derivato"** riportato sul Certificato medesimo, nonché il numero di "*regolare esecuzione*" relativo alle prestazioni da liquidare. In caso di carenza di tali indicazioni, ovvero di indicazioni errate, la richiesta di liquidazione sarà restituita alla CASSA per le necessarie integrazioni.
5. Le richieste di liquidazione dovranno essere intestate alle singole Società Contraenti e spedite all'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) specificato in ciascun Certificato applicativo.
6. Il pagamento avverrà, ai sensi dell'art. 3, comma 1, della Legge n. 136/2010, mediante bonifico sul conto corrente n. _____, intestato alla CASSA ed acceso presso _____ (Banca o Poste Italiane), Agenzia o Filiale _____, in _____, Via _____, A.B.I. _____, C.A.B. _____, IBAN _____. La CASSA dichiara che il predetto conto corrente è appositamente dedicato alle commesse pubbliche e che, ai sensi dell'art. 3, comma 7, della Legge n. 136/2010, le persone delegate ad operarvi sono:
 - nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____ c.f. _____;
 - nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____ c.f. _____.

7. La CASSA verserà i corrispettivi ricevuti alla Società mediante bonifico sul conto corrente n. _____, intestato alla Società ed acceso presso _____ (Banca o Poste Italiane), Agenzia o Filiale _____, in _____, Via _____, A.B.I. _____, C.A.B. _____, IBAN _____. La Società dichiara che il predetto conto corrente è appositamente dedicato alle commesse pubbliche e che, ai sensi dell'art. 3, comma 7, della Legge n. 136/2010, le persone delegate ad operarvi sono:
- nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____ c.f. _____;
 - nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____ c.f. _____.
8. La Società e la CASSA si impegnano a comunicare tempestivamente ogni modifica dei dati trasmessi ai sensi del presente articolo.
9. La Società e la CASSA assumono, con la sottoscrizione del presente Contratto di assicurazione, tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla Legge n. 136/2010, ai sensi di quanto disposto dall'art. 3, comma 8, della medesima Legge.
10. Le Società Contraenti verificheranno, in relazione ai contratti sottoscritti dalla Società e dalla CASSA con i propri subappaltatori o subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessate dalle prestazioni oggetto del presente Contratto, l'inserimento, a pena di nullità assoluta, di un'apposita clausola con la quale ciascuno di essi assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla Legge n. 136/2010. A tal fine, la Società e la CASSA si obbligano ad inviare alle Società Contraenti copia di tutti i contratti posti in essere, per l'esecuzione del presente Contratto, dalla Società e dalla CASSA stesse, nonché dai propri subappaltatori o subcontraenti.
11. Ai sensi di quanto previsto dal comma 9-*bis* dell'art. 3 della Legge n. 136/2010, il presente Contratto potrà essere risolto da Equitalia in tutti i casi in cui venga riscontrata in capo alla Società e/o alla CASSA una violazione degli obblighi di tracciabilità previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010. In tale ipotesi, Equitalia provvederà a dare comunicazione dell'intervenuta risoluzione alle Autorità competenti.
12. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 48-*bis* del D.P.R. n. 602/1973 e del D.M. 18 gennaio 2008 n. 40, le Società Contraenti verificheranno, prima di procedere al pagamento di corrispettivi di importo superiore a Euro 10.000,00 (diecimila/00) maturati dalla CASSA e dalla Società, la sussistenza o meno, in capo alle medesime, di una o più cartelle di pagamento scadute e non saldate, aventi un ammontare complessivo pari almeno al predetto importo di Euro 10.000,00 (diecimila/00). In caso di

esito positivo della predetta verifica, la Contraente - ai sensi di quanto previsto dall'art. 3 del citato Decreto Ministeriale - procederà alla sospensione del pagamento. La Società e la CASSA danno atto che l'Assicurazione conserverà la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dalle Società Contraenti ai sensi del citato D.M. 18 gennaio 2008 n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto. Il pagamento effettuato dalle Società Contraenti direttamente all'Agente di Riscossione, ai sensi dell'art. 72-*bis* del D.P.R. n. 602/1973, costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 cod. civ. nei confronti della Società e della CASSA.

Articolo 9

Recesso

1. Le modalità di recesso sono disciplinate nel Capitolato tecnico.

Articolo 10

Risoluzione

2. In caso di inadempimento della Società e della CASSA anche ad uno solo degli obblighi assunti con il presente Contratto che si protragga oltre il termine, non inferiore comunque a 15 giorni, che verrà assegnato dalla Società Contraente - a mezzo posta elettronica certificata (PEC) - per porre fine all'inadempimento, la Società Contraente medesima ha la facoltà di considerare risolto di diritto il presente Contratto, di ritenere definitivamente la cauzione, nonché di procedere nei confronti della Società e della CASSA per il risarcimento di ogni danno subito.
3. In ogni caso, si conviene che il presente Contratto potrà essere risolto di diritto, ai sensi dell'art. 1456 cod. civ., previa dichiarazione da inoltrare alla Società e alla CASSA a mezzo posta elettronica certificata (PEC), nei casi di inadempimento alle obbligazioni di cui agli articoli 2 (Oggetto), 3 (Durata), 4 (Corrispettivi), 5 (Modalità di esecuzione ed oneri a carico della Società e della CASSA), 6 (Obblighi derivanti dai rapporti di lavoro), 11 (Divieto di cessione del contratto – Cessione dei crediti), 12 (Cauzione definitiva), 13 (Subappalto/Divieto di subappalto), 15 (Riservatezza), nonché degli articoli del Capitolato Tecnico: 2.2.- Cassa di assistenza, 3.4. – Strutture convenzionate, e, altresì, qualora l'ammontare delle penali di cui al precedente art. 7 maturate dalla Società superi il 10% dell'importo dei corrispettivi contrattuali.

4. Equitalia potrà, inoltre, risolvere di diritto il presente Contratto, ai sensi dell'art. 1456 cod. civ., previa dichiarazione da comunicarsi alla Società - a mezzo posta elettronica certificata (PEC) - nei seguenti casi:
- a) qualora sia accertata la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni presentate dalla Società e dalla CASSA ai fini della stipula del Contratto;
 - b) perdita di uno dei requisiti di cui all'art. 80 del D.lgs. n. 50/2016 in capo alla Società e/o alla CASSA;
 - c) negli altri casi previsti dalla documentazione di gara o nel presente Contratto.
5. In caso di risoluzione, Equitalia ha la facoltà di escutere la cauzione per l'intero ammontare e/o di applicare una penale equivalente, nonché di procedere nei confronti della Società e della CASSA per il risarcimento del maggior danno. In ogni caso resta salva la facoltà di Equitalia di procedere all'esecuzione del Contratto a spese della Società.
6. In tutti i casi previsti nel presente articolo la risoluzione del Contratto determina la conseguente e contestuale risoluzione di tutti i Certificati applicativi in essere alla data di risoluzione medesima e la Società Contraente avrà diritto a ritenere definitivamente la cauzione, ove essa non sia stata ancora restituita e/o ad applicare una penale equivalente. La Società, in caso di risoluzione, avrà diritto alla quota di premio relativa al periodo effettivamente assicurato.
7. Troverà applicazione l'art. 108 del D.lgs. n. 50/2016.

Articolo 11

Divieto di cessione del contratto – Cessione dei crediti

1. Ai sensi dell'art. 105, comma 1 del D.lgs. n. 50/2016, è fatto assoluto divieto alla Società e alla CASSA di cedere, a qualsiasi titolo, il presente Contratto, a pena di nullità della cessione stessa. E' fatto salvo quanto previsto dall'art. 106, comma 1, lett. d) del D.lgs. n. 50/2016.
2. In caso di inadempimento da parte della Società e della CASSA degli obblighi di cui al precedente comma, il presente Contratto s'intenderà risolto di diritto ai sensi dell'art. 1456 cod. civ..
3. Con riferimento alla cessione dei crediti da parte della Società, si applica il disposto di cui all'art. 106, comma 13 del D.lgs. n. 50/2016.

Articolo 12

Cauzione definitiva

1. La Società e la CASSA terranno indenni le Società Contraenti da qualsiasi danno possa derivare alle Contraenti medesime in conseguenza di omissioni, negligenze o altre inadempienze relative all'esecuzione delle prestazioni contrattuali ad esse riferibili.
2. La cauzione definitiva prestata dalla Società, ai sensi dell'art. 103 del D.lgs. n. 50/2016, copre gli oneri per il mancato od inesatto adempimento delle prestazioni oggetto del presente contratto e cessa di avere effetto solo alla data di emissione del certificato di regolare esecuzione.
3. Qualora l'ammontare della garanzia dovesse ridursi per effetto di qualsiasi causa, la Società dovrà provvedere al reintegro.
4. La cauzione è progressivamente svincolata a misura dell'avanzamento dell'esecuzione delle prestazioni contrattuali, nel limite massimo del 80% dell'iniziale importo garantito. L'ammontare residuo, pari al 20% dell'iniziale importo garantito, è svincolato secondo normativa vigente.

Articolo 13

Subappalto/Divieto di subappalto

(da inserire solo nel caso in cui non sia stato dichiarato il subappalto in sede di Offerta)

1. Non essendo stato richiesto in sede di offerta per la Procedura di cui alle premesse, è fatto divieto alla Società e alla CASSA di subappaltare le prestazioni oggetto del presente Contratto.

(da inserire solo nel caso in cui sia stato dichiarato il subappalto in sede di Offerta)

1. La Società, conformemente a quanto dichiarato in sede di offerta, può affidare in subappalto, nel rispetto delle condizioni, modalità e termini previsti dall'art. 105 del D.Lgs. n. 50/2016, in misura pari al XX% dell'importo massimo complessivo del presente Contratto le seguenti prestazioni contrattuali:

a.;

b.

2. La Società, prima della data di effettivo inizio dell'esecuzione delle prestazioni da parte del subappaltatore, dovrà trasmettere a Equitalia la documentazione di cui all'art. 105 del D.lgs. n. 50/2016 nel rispetto delle modalità e dei termini ivi indicati.

3. Equitalia rilascerà l'autorizzazione al subappalto, previa verifica della documentazione presentata ai sensi dell'art. 105 del D.Lgs. 50/2016 e previo accertamento dei requisiti in capo al subappaltatore.
4. L'eventuale affidamento in subappalto dei servizi di cui al presente Contratto non comporta alcuna modifica agli obblighi e agli oneri contrattuali della Società, che rimane pienamente responsabile nei confronti delle Società Contraenti per l'esecuzione di tutte le attività contrattualmente previste.
5. Fatto salvo quanto previsto dall'art 105, comma 13 del D.lgs. n. 50/2016, i corrispettivi maturati dal subappaltatore saranno corrisposti direttamente dalla Società la quale si obbliga a rispettare nei confronti dei propri subappaltatori gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n. 136/2010.
6. La Società si obbliga, inoltre, a manlevare e tenere indenne le Società Contraenti da qualsivoglia pretesa di terzi per fatti e colpe imputabili al subappaltatore o ai suoi ausiliari.
7. La Società dovrà dimostrare, per tutta la durata del Contratto, l'assenza in capo al subappaltatore dei motivi di esclusione di cui all'art. 80 del D.lgs. n. 50/2016.
8. In caso ricorrano motivi di esclusione di cui all'art. 80 del D.lgs. n. 50/2016 in capo al subappaltatore, Equitalia revocherà l'autorizzazione al subappalto.
9. La Società si obbliga a trasmettere alla singola Società Contraente entro 20 (venti) giorni dalla data di ciascun pagamento effettuato nei suoi confronti, copia delle fatture quietanzate relative ai pagamenti da esso via via corrisposti al subappaltatore con l'indicazione delle ritenute di garanzia effettuate. Qualora non vengano trasmesse dette fatture quietanzate nei termini previsti, la Società Contraente sospenderà il successivo pagamento a favore della Società.
10. La Società si obbliga a risolvere tempestivamente il contratto di subappalto qualora, durante l'esecuzione dello stesso, vengano accertati dalla Società Contraente inadempimenti del subappaltatore; in tal caso la Società non avrà diritto ad alcun indennizzo da parte della Società Contraente né al differimento dei termini di esecuzione del Contratto.
11. Per tutto quanto non previsto nel presente articolo trovano completa applicazione le disposizioni di cui all'art. 105 del D.lgs. n. 50/2016.

12. In caso di inadempimento da parte della Società e della CASSA agli obblighi di cui ai precedenti commi, Equitalia potrà dichiarare la risoluzione di diritto del presente Contratto, ai sensi dell'art. 1456 cod. civ., salvo il diritto al risarcimento del danno.

Articolo 14

Oneri fiscali, spese contrattuali

1. Sono a carico della Società tutti gli oneri tributari e le spese contrattuali ad eccezione di quelli che fanno carico alle singole Aziende Associate per legge.
2. La Società dichiara che le prestazioni oggetto del presente Contratto, in quanto al di fuori dell'ambito di applicazione dell'imposta sul valore aggiunto (IVA), non sono soggette al regime di fatturazione elettronica di cui all'art. 1, commi da 209 a 214, della Legge n. 244/2007, espressamente previsto per le sole "*operazioni imponibili*".
3. La CASSA dà atto di avere finalità assistenziale e di essere abilitata a norma di legge, anche ai sensi dell'art. 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi delle Aziende Associate e ad assumere, sempre ai fini degli aspetti fiscali e contributivi, la contraenza del programma sanitario.

Articolo 15

Riservatezza

1. La Società e la CASSA hanno l'obbligo di mantenere riservati i dati e le informazioni di cui vengano in possesso o comunque a conoscenza nel corso dell'esecuzione del Contratto e di non divulgarli in alcun modo e di non farne oggetto di utilizzazione se non per le esigenze strettamente connesse all'esecuzione delle prestazioni contrattuali.
2. La Società e la CASSA sono, inoltre, responsabili dell'osservanza degli obblighi di riservatezza di cui al presente articolo da parte dei propri dipendenti e/o dei consulenti di cui dovessero avvalersi.
3. In caso di inadempimento alle obbligazioni di cui al presente articolo Equitalia potrà dichiarare la risoluzione di diritto del presente Contratto e dei singoli Certificati applicativi ai sensi dell'art. 1456 cod. civ..

Articolo 16

Trattamento dei dati, consenso al trattamento e nomina Responsabile

1. Ai sensi di quanto disposto dal D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i. in tema di trattamento dei dati personali, le parti dichiarano di essersi reciprocamente comunicate – oralmente e prima della sottoscrizione

del presente Contratto - le informazioni di cui all' art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i. circa le modalità e le finalità del trattamento dei dati personali conferiti per la sottoscrizione ed esecuzione del presente Contratto.

2. Le parti dichiarano che i dati conferiti sono esatti e corrispondono al vero, esonerandosi reciprocamente da qualsivoglia responsabilità per errori materiali di compilazione ovvero per errori derivanti da una inesatta imputazione dei dati stessi negli archivi elettronici e cartacei.
3. Equitalia tratta i dati relativi al Contratto ed alla sua esecuzione in ottemperanza degli obblighi di legge, nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, per le finalità strettamente legate al monitoraggio dell'esecuzione del contratto.
4. Le Società Contraenti, in persona del legale rappresentante, sono titolari del trattamento dei dati di cui sopra.
5. Con la sottoscrizione del presente Contratto, la Società e la CASSA prendono atto ed accettano la designazione a Responsabile esterno del trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 29 del D.lgs. n. 196/2003.
6. Il Responsabile dovrà confermare la sua diretta ed approfondita conoscenza degli obblighi che si assume in relazione a quanto disposto dal citato decreto legislativo e si impegna a procedere al trattamento dei dati personali – laddove questo sia necessario all'esecuzione delle prestazioni affidate – in maniera conforme a quanto disposto dalla normativa vigente, dai provvedimenti del Garante, dai documenti programmatici sulla sicurezza adottati dal Titolare nonché dalle istruzioni impartite dal Titolare stesso con atto allegato al presente Contratto, di cui costituisce parte integrante.
7. Il Titolare vigilerà sulla loro puntuale osservanza.
8. Il trattamento dei dati personali relativi alle attività previste nel Contratto dovrà essere effettuato con l'adozione delle misure di sicurezza ritenute idonee a garantire la riservatezza e la custodia dei dati stessi in ogni fase del trattamento.
9. Il Responsabile sarà tenuto a trattare i dati in modo lecito e secondo correttezza, nel rispetto dei principi di legittimità, esattezza, aggiornamento, pertinenza, non eccedenza, completezza, adeguatezza e conservazione, in conformità a quanto disposto dall'art. 11 del D.lgs. n. 196/2003.

10. Ove il Responsabile rilevi la sua impossibilità a rispettare le istruzioni impartite dal Titolare, anche per caso fortuito o forza maggiore (danneggiamenti, anomalia di funzionamento delle protezioni e controllo accessi, ecc.) dovrà attuare, comunque, le possibili e ragionevoli misure di salvaguardia e dovrà avvertire immediatamente il Titolare e concordare eventuali ulteriori misure di protezione.
11. Il Responsabile, gli incaricati e gli amministratori di sistema designati sono sottoposti al segreto d'ufficio in relazione alle informazioni acquisite nello svolgimento dell'attività per le Società Contraenti.

Articolo 17

Responsabile del procedimento e Direttore dell'esecuzione

1. Equitalia ha nominato quale Responsabile del Procedimento il sig. _____ e quale Direttore dell'esecuzione del presente Contratto il sig. _____.
2. Il Responsabile del procedimento nonché il Direttore dell'esecuzione delle Aziende Associate saranno nominati in ciascuna richiesta di Certificato applicativo emessa dalle stesse Aziende Associate.

Articolo 18

Responsabile di Contratto per la Società

1. La Società designa sin d'ora quale proprio Responsabile del Contratto il sig. _____, il quale avrà la responsabilità della conduzione e dell'applicazione del Contratto e sarà autorizzato ad agire come principale referente con la Società Contraente.
2. Il Responsabile del Contratto dovrà essere sempre rintracciabile attraverso l'ausilio di apposita utenza telefonica fissa e mobile, indirizzo di posta elettronica certificata e fax.
3. Le comunicazioni pertanto saranno effettuate presso i seguenti recapiti:
 - Cellulare _____ ;
 - Telefono _____ ;
 - Fax _____ ;
 - posta elettronica certificata (PEC) _____ .

La Società dovrà comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dei predetti recapiti.

4. Tutte le comunicazioni fatte al Responsabile del Contratto devono intendersi effettuate regolarmente nei confronti della Società medesima, nonché della CASSA.

5. Il Responsabile del Contratto della Società opererà in collegamento con il Direttore dell'esecuzione nominato dalla Società Contraente, coordinandosi con quest'ultimo.

Articolo 19

Codice etico

1. La Società e la CASSA, con la sottoscrizione del presente Contratto, dichiarano di aver preso visione del Codice Etico, del Modello 231 e del Protocollo di legalità di Equitalia consultabili sul sito web www.gruppoequitalia.it che, anche se non materialmente allegati al presente Contratto, ne costituiscono parte integrante e sostanziale. La Società e la CASSA, pertanto, si impegnano a tenere un comportamento in linea con il suddetto Codice Etico, con il Modello 231 e con il Protocollo di legalità. In caso di inosservanza dei predetti obblighi, Equitalia avrà facoltà di dichiarare risolto il presente Contratto, con conseguente risoluzione dei Certificati applicativi, ai sensi dell'art. 1456 cod. civ., fermo restando il risarcimento dei danni.

Articolo 20

Foro competente

1. Le eventuali controversie che dovessero sorgere tra le parti in relazione alla interpretazione, applicazione ed esecuzione del presente Contratto sono devolute alla competenza esclusiva del Foro di Roma.
2. Le eventuali controversie che dovessero sorgere tra le parti in relazione alla interpretazione, applicazione ed esecuzione dei singoli Certificati applicativi sono devolute alla competenza esclusiva del Foro del luogo ove ha sede legale la singola Società Contraente.

Articolo 21

Clausola finale

1. Per tutto quanto non espressamente previsto e disciplinato con il presente Contratto, si rinvia alle disposizioni normative vigenti in materia di contratti pubblici, al codice civile e alle ulteriori disposizioni normative vigenti in materia.

_____, lì

La Società

Equitalia S.p.A.

(Firmato digitalmente)

(Firmato digitalmente)

La CASSA

(Firmato digitalmente)

La Società e la CASSA dichiarano di conoscere ed espressamente approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ., le seguenti clausole e condizioni:

art. 7 (Penali), art. 8 (Fatturazione e modalità di pagamento), art. 9 (Recesso), art. 11 (Divieto di cessione del contratto – Cessione dei crediti), art. 12 (Cauzione definitiva), art. 15 (Riservatezza), art. 20 (Foro competente).

_____, lì

La Società

La CASSA

(Firmato digitalmente)

(Firmato digitalmente)