

**Capitolato prestazionale per servizi inerenti alla gestione e
all'assunzione della contraenza di una copertura assicurativa sanitaria
per i dipendenti di Agenzia delle entrate - Riscossione**

Definizioni

ASSISTENZA DIRETTA	La modalità di erogazione del servizio per la quale l'assistito può scegliere di ricevere prestazioni sanitarie oggetto del presente Capitolato 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.
ASSISTITO	Ciascuna persona fisica iscritta al Piano Sanitario.
CASSA	Il fondo sanitario integrativo del SSN (istituito o adeguato ai sensi dell'art. 9 del D.lgs. 20 dicembre 1992, n. 502, nonché gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'art. 51, comma 2, lettera a), del D.P.R. n. 917/1986, abilitato 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 dell'affidatario del servizio ed a seguito di contatto telefonico oppure tramite il sito internet di cui all'art. 3.5 del Capitolato, con l'Assistito 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	la Cassa nell'interesse di Agenzia delle entrate-Riscossione
CONTRIBUTI	Le somme versate alla Cassa da Agenzia delle

	entrate-Riscossione
DAY HOSPITAL	La degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno con apertura di cartella clinica.
EVENTO/SINISTRO	La causa che determina la richiesta di prestazione. Le richieste di 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'Assistito.
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'Assistito.
INDENNIZZO	La somma dovuta all'Assistito 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 case di convalescenza e di riposo, le case di soggiorno, le colonie, le case di cura con fini dietologici ed estetici o per la lungodegenza (RSA), gli istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB).

MALATTIA ED INFORTUNIO	È 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 assistito. 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. È 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'Assistito, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo.
NUCLEO FAMILIARE	I soggetti componenti la famiglia anagrafica del dipendente alla data di iscrizione al piano sanitario così come risulta dallo stato di famiglia rilasciato dai competenti uffici del Comune di residenza.
PREMIO	La somma dovuta dal Contraente alla Società per la copertura dei rischi assicurati in favore degli Assistiti.
QUOTA INTEGRATIVA	L'importo posto a carico dell'Assistito, per l'estensione delle prestazioni sanitarie in favore dei componenti del nucleo familiare

	limitatamente al coniuge, convivente di fatto, convivente da unione civile e figli fino a 30 anni (quest'ultimi secondo le specifiche previste nel capitolato).
RICOVERO OSPEDALIERO	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
SOCIETA'	La compagnia assicuratrice.

CAPITOLATO PRESTAZIONALE

Art. 1 – Condizioni Generali -

Art. 1.1 - Sottoscrizione del contratto

Agenzia delle entrate-Riscossione stipulerà un contratto di appalto con l'aggiudicatario della procedura (Cassa) avente ad oggetto i servizi inerenti alla gestione e all'assunzione della contraenza di una copertura assicurativa sanitaria.

In particolare, la Cassa di assistenza selezionata dovrà garantire la disponibilità di una polizza assicurativa avente le condizioni stabilite nel presente Capitolato prestazionale ovvero quelle migliorative contenute nella offerta tecnica ed economica presentata, individuando una primaria compagnia assicurativa che abbia conseguito, nell'ultimo triennio, una raccolta complessiva di premi nel settore "Ramo Malattia" non inferiore al 150% dell'importo complessivo a base di gara, al netto dell'opzione di proroga..

Il contratto di appalto e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

Art. 1.2- Pagamento del premio e della quota integrativa

A parziale deroga dell'art. 1901 del Codice Civile, Agenzia delle entrate-Riscossione è tenuta al versamento degli importi per l'assistenza sanitaria, nei termini previsti all'articolo 2.2 - fermo restando la decorrenza e l'operatività della copertura qualora le somme dovute a titolo di prima rata e/o regolazione e/o rate successive, non siano corrisposte nei termini previsti dall'articolo 2.2, 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.

Il pagamento della quota integrativa relativa ai familiari fiscalmente a carico di cui all'Art. 2.1 punto B sarà frazionato e versato con cadenza mensile.

Il pagamento della quota integrativa relativa ai familiari non fiscalmente a carico di cui

all'Art. 2.1 punto C sarà frazionato e versato nei mesi di giugno e ottobre.

In entrambi i casi il valore delle quote integrative ricomprende il costo di frazionamento delle stesse e verranno versate alla Cassa dall'Ente. I restanti soggetti assistibili di cui all'art. 2.1 provvederanno al versamento diretto delle proprie quote integrative alla Cassa.

Art. 1.3 - Durata del contratto

La durata dell'appalto è di 12 mesi, decorrenti dalle ore 00.00 del 01 febbraio 2024 con facoltà di proroga ex art. 120, comma 10 del D.lgs. n. 36/2023 per ulteriori 12 mesi ai prezzi, patti e condizioni stabiliti nel contratto. Le nuove polizze assicurative inerenti il programma assicurativo di assistenza sanitaria a favore del personale di AdER opereranno senza soluzione di continuità con le attuali polizze che scadranno alle ore 24.00 del 31 gennaio 2024. Resta ferma altresì l'opzione di proroga, che la stazione appaltante potrà esercitare per il tempo strettamente necessario nei limiti stabiliti dall'art. 120, comma 11 del D.lgs. n. 36 del 2023. L'esercizio di tale facoltà è comunicato all'appaltatore almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto.

Art. 1.4 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.5 - Foro competente

Per tutte le controversie che dovessero insorgere tra le Parti 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 Assistito, la Cassa 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'Assistito.

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 di 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 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

Gli assistiti sono esonerati dall'obbligo di dichiarare alla Società eventuali altre polizze

dagli stessi stipulate per i medesimi rischi, se non in fase di rimborso.

Art. 1.9 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali Agenzia delle entrate-Riscossione, il Contraente, la Società e gli Assistiti sono tenuti, devono avere forma scritta e devono essere inoltrate con lettera raccomandata, e-mail o 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-mail o posta elettronica certificata e, in ogni caso, inviate in copia conforme alla Cassa.

Art. 2 Condizioni Generali di Assicurazione del Piano Sanitario.

Art. 2.1– Soggetti assistibili

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

- A. i dipendenti a tempo indeterminato dell'Ente Pubblico economico denominato "Agenzia delle entrate–Riscossione" che abbiano superato il periodo di prova;

In aggiunta ai soggetti sopra indicati, la copertura:

- B. è estesa – ove intervenga l'adesione volontaria del dipendente, con relativa quota integrativa a carico del dipendente stesso secondo gli importi indicati nella Tabella allegata sub. "A1" al presente Capitolato – al nucleo familiare (inteso come coniuge/convivente di fatto/convivente da unioni civili e figli fino a 30 anni 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. La copertura resta operante anche per i figli di età superiore a 30 anni, se invalidi al 100%;
- C. è estesa – ove intervenga l'adesione volontaria del dipendente, con relativo contributo a carico del dipendente stesso secondo gli importi indicati nella Tabella allegata sub. "A1" al presente Capitolato, al nucleo familiare (inteso come coniuge/convivente di fatto/convivente da unioni civili, figli risultanti dallo stato di famiglia del dipendente) fiscalmente non a carico. Si specifica che, ove il dipendente si avvalga di tale facoltà, l'estensione della copertura dovrà riguardare necessariamente tutti i familiari fiscalmente non a carico, come sopra individuati, risultanti dallo stato di famiglia. Per "Figli" si intendono: figli adottivi, legittimi, legittimati, in affido pre-adottivo, naturali riconosciuti legalmente e/o giudizialmente;
- D. è estesa - per le annualità successive, in caso di decesso del dipendente ai superstiti fiscalmente a carico già iscritti in polizza, previo pagamento da parte degli stessi della quota prevista a carico dell'Ente per i propri dipendenti e della eventuale quota integrativa a carico del dipendente secondo gli importi indicati nella Tabella allegata

sub. "A1" al presente Capitolato;

- E. è estesa – ove intervenga l'adesione volontaria, al personale equiparato ai dipendenti, ossia il Direttore di Agenzia delle entrate - Riscossione, i membri del Comitato di Gestione e del Collegio dei Revisori dei Conti ed i dipendenti in aspettativa non retribuita, con il versamento diretto alla cassa di una quota integrativa a loro carico, di importo pari a quello previsto a carico dell'Ente per i dipendenti. Può essere da loro altresì estesa, secondo gli importi indicati nella Tabella allegata sub. "A2" al presente Capitolato, al nucleo familiare (inteso come coniuge/convivente di fatto/convivente da unioni civili e figli fino a 30 anni fiscalmente a carico, anche se non conviventi). La copertura resta operante anche per i figli di età superiore a 30 anni, se invalidi al 100%. Può altresì essere estesa, ove intervenga l'adesione volontaria dell'equiparato, con relativo contributo a carico dello stesso secondo gli importi indicati nella Tabella allegata sub. "A2" al presente Capitolato, al nucleo familiare (inteso come coniuge/convivente di fatto/convivente da unioni civili, figli risultanti dallo stato di famiglia del dipendente) fiscalmente non a carico. Si specifica che, ove il dipendente si avvalga di tale facoltà, l'estensione della copertura dovrà riguardare necessariamente tutti i familiari fiscalmente non a carico, come sopra individuati, risultanti dallo stato di famiglia. Per "Figli" si intendono: figli adottivi, legittimi, legittimati, in affido pre-adottivo, naturali riconosciuti legalmente e/o giudizialmente;
- F. è estesa – ove intervenga l'adesione volontaria, agli ex-dipendenti (pensionati) con quota integrativa a carico del pensionato e da quest'ultimo versato direttamente alla Cassa, secondo gli importi e le opzioni indicate nella Tabella allegata sub. "A3" al presente Contratto. Può essere da loro altresì estesa, secondo gli importi indicati nella Tabella allegata sub. "A3" al presente Capitolato, al nucleo familiare (inteso come coniuge/convivente di fatto/convivente da unioni civili e figli. Quest'ultimi se non fiscalmente a carico del pensionato devono risultare dallo stato di famiglia del medesimo. Per "Figli" si intendono: figli adottivi, legittimi, legittimati, in affido pre-adottivo, naturali riconosciuti legalmente e/o giudizialmente.

L'estensione delle prestazioni nei confronti dei soggetti indicati nei superiori punti dovrà essere richiesta dal dipendente, dai superstiti, dagli equiparati o dagli ex dipendenti (pensionati) all'avvio del contratto e avrà durata pari alla durata del contratto.

Art. 2.2 - Inserimento in copertura, durata delle garanzie in relazione al singolo assistito e regolazione del premio e della quota integrativa

Entro il 28 febbraio di ciascun anno Agenzia delle entrate-Riscossione, mediante la Cassa, comunicherà alla Società l'elenco dei nominativi degli Assistiti (così come definiti all'art.

2.1 che precede), su un supporto informatico impostato secondo termini che verranno concordati con la Società.

Entro il 31 marzo di ciascun anno Agenzia delle entrate-Riscossione verserà alla Cassa le somme interamente dovute, al netto delle ritenute di legge, a titolo di contributi per i propri dipendenti.

Le quote integrative dovute dai dipendenti per l'estensione delle garanzie di polizza ai propri familiari verranno versate dall'Ente alla Cassa con le seguenti modalità:

- mensilmente, per la quota dovuta per i familiari fiscalmente a carico;
- nei mesi di giugno e ottobre per la quota dovuta per i familiari fiscalmente non a carico.

Al ricevimento delle suddette somme la Cassa provvederà a versare gli importi dovuti alla Società a titolo di premio e di quota integrativa.

Si precisa che, nel corso della durata del contratto, l'elenco degli Assistiti potrà essere modificato come segue:

A) le inclusioni in copertura che hanno come effetto un aumento dei contributi e quindi del premio e della quota integrativa a versarsi, come nel caso di neoassunti o di nuovi Assistiti, verranno comunicate da Agenzia delle entrate-Riscossione, per il tramite della Cassa, alla Società entro 30 giorni. 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 contributo e dunque del premio e della quota integrativa verrà calcolata una sola volta entro 30 giorni dalla scadenza dei 12 mesi di durata contrattuale. La Cassa - in base alle comunicazioni ricevute nel corso dell'intero anno assicurativo - provvederà all'emissione dell'appendice di regolazione, computando:

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

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

B) Le inclusioni in copertura, quali ad esempio l'inserimento in garanzia dei neonati - siano essi figli legittimi o naturali di un assistito - oppure l'avvenuto matrimonio/convivenza di fatto/convivenza da unioni civili 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 coniuge, dalla data del matrimonio;
- 2 per il convivente di fatto, dalla data di inizio della convivenza;
- 3 per il convivente da unione civile, dalla data dell'atto;
- 4 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;
- 5 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 contributi, fermo l'obbligo di comunicazione di esclusione. La Cassa si obbliga - nei confronti dei soggetti che vengono esclusi dalla copertura - a garantire le prestazioni fino alla fine dell'annualità 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 con un massimale dedicato per tale periodo pari a 100.000,00 Euro per assistito.

Art. 2.3 – 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 indicati nelle Sezioni A, B e C del presente articolo.

È 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).

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 e 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 e 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 giornaliere 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.

Si precisa che la permanenza al Pronto Soccorso nonché in reparto a seguito di Intervento ambulatoriale non configura un Day Hospital chirurgico.

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. "C" 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 o successivi al 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 e 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 Euro 75,00 giornalieri 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 100,00 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 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 al 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 (cd. Regime misto) 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%;
- 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.

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, RADIONEFROGAMMA, 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% se prestazione effettuata fuori rete.

Lo scoperto non si applica per chemioterapia, radioterapia (compreso cobaltoterapia) e dialisi.

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).

Le garanzie 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:

- scoperto del 10% con franchigia massima di Euro 50,00 in caso di prestazione effettuata nei Centri convenzionati;
- scoperto del 20% con franchigia minima di Euro 30,00 in caso di prestazione

effettuata fuori rete.

Si specifica altresì che la garanzia di cui al punto 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.

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.

La certificazione della necessità di cure dentarie da infortunio (evento traumatico) deve essere rilasciata dal Pronto soccorso o da altra struttura del SSN.

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 sole spese sostenute nelle strutture mediche convenzionate per:

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

La garanzia è prestata sino 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.

Nel caso di assistenza diretta la Società richiederà la documentazione necessaria esclusivamente alla struttura medica convenzionata. Nel caso in cui dovesse richiederla all'assistito, l'Ente potrà applicare alla Società una penale di importo pari allo 0,3 per mille dell'ammontare netto del contratto per ogni richiesta indebita della società. L'importo massimo delle penali applicate non potrà superare il 10% del valore dell'importo del contratto.

Gli assicurati che richiederanno i rimborsi per spese effettuate al di fuori della rete in convenzione dovranno produrre - ove necessario - referto di esame diagnostico (dental scan, ortopantomica, RX, ecc..) ai fini dei necessari riscontri.

È 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.

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 sostenute 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 - , con uno 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". Sarà inoltre necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46".

Si precisa che nel caso di acquisto di lenti a contatto c.d. "usa e getta", la prescrizione del cambio visus dovrà essere prodotta solo in occasione del primo acquisto o nel caso in cui, in una fase successiva, la gradazione delle lenti dovesse mutare.

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

Art. 2.4 – Strutture convenzionate

Per tutta l'intera durata del Contratto dovrà essere garantita la disponibilità di 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 1.500** 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.

Art. 2.5 – Contact center e Sito Web

Per tutta l'intera durata del Contratto dovranno essere resi disponibili:

- 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;
- un apposito portale web, di facile accesso da parte dei soggetti assistibili di cui al precedente punto 2.1, attraverso il quale possano inserire i propri dati e quelli dei familiari e scaricare le condizioni generali delle prestazioni, 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.

Art. 2.6 - Reportistica

La Cassa dovrà inviare in modalità elettronica ad Agenzia delle entrate-Riscossione, entro il giorno 15 dei mesi di maggio, agosto, novembre e febbraio, un'apposita reportistica contenente le informazioni di cui alla tabella allegata sub. "B" al presente Capitolato. Il mancato invio comporterà l'applicazione di una penale di importo pari allo 0,3 per mille dell'ammontare netto del contratto.

Art. 3 – Limitazioni ed esclusioni dalle prestazioni

Art. 3.1 - Persone non assistibili

Le prestazioni sono erogabili per le persone di età non superiore a 75 anni.

Art. 3.2 - Limiti della prestazione

Le prestazioni sono assicurate durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni; sono invece sospese 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. 3.3 - Esclusioni

Sono escluse dalle prestazioni 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. Sono comunque rimborsabili le spese per cure di disintossicazione e relativi ricoveri nei limiti previsti nella sezione A del presente capitolato;
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. 4 – Modalità di rimborso

L'assistito 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. 4.1 - 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 assistenza diretta viene attivato con le modalità di seguito riportate.

Contatto telefonico con la Centrale operativa o richiesta effettuata attraverso portale web.

Per accedere al servizio di assistenza diretta la richiesta del servizio deve avvenire almeno 2 giorni prima rispetto alla data prevista per la prestazione/ricovero; 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'Assistito 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'Assistito deve inoltre fornire i recapiti telefonici per essere successivamente ricontattato.

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

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 al primo contatto – e comunque almeno 2 giorni prima del ricovero – l'Assistito deve trasmettere alla Centrale operativa, via email o per il tramite del portale web, la certificazione medica attestante la diagnosi e la tipologia di prestazione sanitaria richiesta.

Quando occorra, l'Assistito 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, della certificazione medica e dell'eventuale colloquio con il medico, che la garanzia assicurativa è nella fattispecie operante, la Centrale operativa conferma in forma scritta all'Assistito l'accesso al servizio di assistenza diretta alla Struttura sanitaria e alla equipe 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 in forma scritta all'Assistito, chiarendo i motivi alla base di tale decisione.

Successivamente, l'Assistito potrà comunque inviare la certificazione delle spese sostenute alla Centrale operativa, 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'Assistito, 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 sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano la inoperatività e/o inefficacia dell'assicurazione, le stesse saranno comunicate all'Assistito, che dovrà restituire, entro e non oltre 45 giorni dalla comunicazione, tutte le somme indebitamente

liquidate all'Istituto di cura. In caso di mancata restituzione alla Società assicurativa 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.

Nel caso di assistenza "mista", ossia nei casi in cui le prestazioni si compongano di servizi resi sia da strutture/medici in convenzione sia da servizi resi da strutture/medici fuori convenzione, per tali ultimi servizi il rimborso dovrà avvenire con le modalità di cui al successivo paragrafo non potendo il rimborso essere in alcun modo vincolato alle modalità di pagamento intercorrenti tra la Società e la struttura o il medico convenzionato.

Art. 4.2 - 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, al termine del ciclo di cure con le quali l'evento stesso è stato trattato e non appena disponibile idonea documentazione medica, deve inoltrare tramite email o portale web la denuncia di sinistro alla Centrale operativa. 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 assicurativa 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, il termine per il pagamento dianzi indicato (15 giorni) decorrerà dalla presentazione della documentazione integrativa richiesta.

Qualora i rimborsi avvengano oltre i termini dianzi indicati, i dipendenti hanno diritto agli interessi legali maturati sugli stessi dal giorno del termine ultimo per il pagamento fino alla data in cui verrà disposto il bonifico per l'accredito delle somme.

Inoltre, sempre in caso di ritardo nel pagamento rispetto ai termini dianzi indicati, sarà applicata per ogni giorno di ritardo, una penale di importo pari allo 0,3 per mille dell'ammontare netto del contratto.

In ogni caso l'Assistito deve consentire alla Cassa 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'Assistito, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 5 – Altre disposizioni

Art. 5.1 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Dichiarazione

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

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 - Soggetti Assistibili

Art. 2.2 - Inserimento in copertura e durata delle garanzie in relazione al singolo assistito e regolazione del premio e della quota integrativa

Art. 2.4 - Strutture convenzionate

Art. 2.5 - Contact center e sito web

Art. 4.2 - Assistenza indiretta a rimborso

ALLEGATI AL CAPITOLATO PRESTAZIONALE

- Allegato “A”: Norme tariffarie
- Allegato “B”: *Fac simile* - reportistica
- Allegato “C”: Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Allegato "A" - NORME TARIFFARIE

A1 - Piano sanitario per i dipendenti in servizio dal 1° febbraio 2024		
Categoria	Tariffa	Garanzia
dipendente in servizio	Importo pro capite annuo a carico di AdER pari a Euro 1.300,00 (salvo ribasso) comprensivo delle imposte vigenti	totale
coniuge, convivente di fatto, convivente da unioni civili e figli fiscalmente a carico del dipendente fino a 30 anni, anche se non conviventi, e oltre i 30 anni se invalidi al 100%	Quota integrativa annuale a carico del dipendente per nucleo familiare: • Aree professionali Euro 480,00 • Quadri Direttivi Euro 600,00 • Dirigenti Euro 720,00	totale
coniuge, convivente di fatto, convivente da unioni civili, figli non fiscalmente a carico inclusi nello stato di famiglia del dipendente	quote integrative annua a carico del dipendente per singolo familiare assicurato : • fino a 30 anni: Euro 322,00 • da 31 a 45 anni: Euro 429,00 • da 46 a 65 anni: Euro 643,00 • da 66 a 75 anni: Euro 893,00 * *(solo per il coniuge, convivente di fatto, convivente da unioni civili)	totale

Il versamento dei premi e delle quote integrative avverrà secondo le previsioni di cui all'Art. 1.2- *Pagamento del premio e della quota integrativa*. Il valore delle quote integrative ricomprende il costo di frazionamento delle stesse.

A2 - Piano sanitario per gli equiparati ai dipendenti dal 1° febbraio 2024		
Categoria	Tariffa	Garanzia
dipendente in servizio	Importo pro capite annuo a loro carico pari a Euro 1.300,00 (salvo ribasso) comprensivo delle imposte vigenti	pari a quelle del dipendente
coniuge, convivente di fatto, convivente da unioni civili e figli fiscalmente a carico del dipendente fino a 30 anni, anche se non conviventi, e oltre i 30 anni se invalidi al 100%	Quota integrativa annuale a carico del dell'equiparato al dipendente per nucleo familiare: • Aree professionali Euro 480,00 • Quadri Direttivi Euro 600,00 • Dirigenti Euro 720,00	pari a quelle del dipendente
coniuge, convivente di fatto, convivente da unioni civili e figli non fiscalmente a carico inclusi nello stato di famiglia del dipendente	quote integrative annua a carico del dipendente per singolo familiare assicurato : • fino a 30 anni: Euro 322,00 • da 31 a 45 anni: Euro 429,00 • da 46 a 65 anni: Euro 643,00 • da 66 a 75 anni: Euro 893,00 * *(solo per il coniuge, convivente di fatto, convivente da unioni civili)	pari a quelle del dipendente

Il versamento delle quote sarà effettuato direttamente dall'Assistito alla Cassa.

A3 - Piano sanitario per i pensionati dal 1° febbraio 2024		
Categoria	Tariffa	Garanzie
Pensionato (Età max 75 anni)	importo annuo pari ad Euro 2.098,00 a carico del pensionato, comprensivo delle imposte vigenti	pari a quelle del dipendente
Coniuge, convivente di fatto, convivente da unioni civili e figli.	quote integrative annue per ciascun familiare a carico del pensionato: • fino a 30 anni: Euro 335,00 • da 31 a 45 anni: Euro 446,00 • da 46 a 65 anni: Euro 669,00 • da 66 a 75 anni: Euro 927,00	pari a quelle del dipendente

Il versamento delle quote sarà effettuato direttamente dall'Assistito alla Cassa.

ALLEGATO "B" – FAC SIMILE REPORTISTICA

Sinistri pervenuti nel ____ trimestre dell'anno ____	N° Sinistri	
	Importo richiesto	
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	
Totale sinistri pervenuti (A) + (B) + (C)	N° Totale Sinistri	
	Importo Totale Richiesto	
	Importo Totale Rimborsato	

ALLEGATO "C" 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
- Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica
- 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 toracoscopea
- Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee

TORACE

- Mastectomia radicale con dissezione ascellare e/o sopraelaveare e/o mediastiniea
- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- Timectomia per via toracica o toracoscopica
- Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
- Pleurectomie e pleuropneumonectomie
- Loheetomie 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
- Colectistomia 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 devascolarizzazione

- 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 devascolarizzazione 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 rivascolarizzazione 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

- Nefrolitotriassia percutanea (PVL)
- Litotriassia extracorporea
- Nefrectomia polare
- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomy
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale
- Estrofia 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 adenolinfectomy 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)