



**LOTTO I: Fondo di previdenza
per il personale dell'Assemblea regionale siciliana**

XVIII LEGISLATURA

SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO

Articolo 1

Oggetto dell'appalto

1. Oggetto del presente appalto è la stipula di una copertura relativa all'assistenza sanitaria integrativa a beneficio degli iscritti al Fondo di previdenza per il personale dell'Assemblea regionale siciliana, nonché, su richiesta degli interessati, per il coniuge o convivente more uxorio ovvero soggetto civilmente unito, anche non fiscalmente a carico dell'iscritto, e per gli altri familiari purché fiscalmente a carico, che includa le prestazioni di cui al presente capitolato e all'offerta progettuale presentata in sede di gara.

2. Sono, in particolare, incluse nell'oggetto dell'appalto le fattispecie di seguito indicate, i cui aspetti di dettaglio sono definiti nei successivi articoli del presente capitolato:

a) RICOVERO

La Società indennizza, alle condizioni e con le modalità previste all'art. 9 del presente capitolato, le spese mediche per ricovero con o senza intervento chirurgico (compreso parto e aborto), *day hospital* e intervento chirurgico ambulatoriale. Sono, inoltre, comprese le spese sostenute nei giorni precedenti e successivi, attinenti all'evento stesso.

b) ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società indennizza le spese mediche per prestazioni effettuate con macchinari altamente specializzati.

c) VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società indennizza le spese per gli accertamenti diagnostici e per le visite effettuate da medico specialista.

d) TRATTAMENTI DI FISIOTERAPIA RIABILITATIVA

La Società indennizza le spese per le terapie fisiche riabilitative a seguito di infortunio, intervento chirurgico, ictus cerebrale, neoplasie, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche o anche in caso di ulteriori patologie, in presenza di prescrizione da parte di medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata ed effettuate da

personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione.

e) PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI

La Società indennizza le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche atte a sostituire una parte anatomica, compresi anche gli ausili medici ortopedici e acustici.

f) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

La Società provvede al pagamento annuale di una visita odontoiatrica e di una seduta di igiene orale, per monitorare e prevenire l'insorgenza di stati patologici.

g) ODONTOIATRIA

La Società indennizza le spese sostenute per prestazioni ortodontiche e odontoiatriche, quali cure dentarie, terapie conservative e protesi.

h) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Società indennizza le spese sostenute per cure dentarie conseguenti ad infortunio.

i) CURE ONCOLOGICHE E DIALISI

La Società indennizza le spese per terapie mediche (ovvero non chirurgiche), quali chemioterapia, cobaltoterapia, radioterapia e dialisi. Sono, inoltre, comprese le visite specialistiche e gli accertamenti per la diagnosi e il monitoraggio degli stessi, nonché l'assistenza infermieristica domiciliare. La presente garanzia viene erogata sia in regime di ricovero o *day hospital* che in regime di extraricovero.

l) LENTI E OCCHIALI

La Società indennizza le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o lenti a contatto, inclusa una montatura per biennio per assicurato, purché in presenza di prescrizione del medico oculista o certificazione dell'ottico optometrista, attestanti la modifica della capacità visiva.

m) SERVIZI DI CONSULENZA

La Società fornisce servizi di consulenza telefonica quali:

- Informazioni sanitarie;
- Prenotazione di prestazioni sanitarie;
- Pareri medici.

È ammessa, altresì, la presenza di un incaricato dell'impresa appaltatrice presso la sede di Palazzo Reale, Palermo, in uno o più giorni feriali della settimana da concordare, nelle ore antimeridiane o pomeridiane.

Articolo 2

Massimali, scoperti, franchigie e minimi non indennizzabili

1. Si illustrano di seguito, mediante esempi, i meccanismi di funzionamento di massimali, franchigie, scoperti e minimi non indennizzabili:

a) 1° esempio:

Somma assicurata: € 20.000,00

Richiesta di rimborso: € 3.500,00

Franchigia: € 500,00

Indennizzo: € 3.500,00 – 500,00 = € 3.000,00

b) 2° esempio:

Somma assicurata: € 20.000,00

Richiesta di rimborso: € 400,00

Franchigia: € 500,00

Nessun rimborso è dovuto perché l'importo richiesto è inferiore alla franchigia.

c) 3° esempio:

Somma assicurata € 50.000,00

Richiesta di rimborso € 20.000,00

Scoperto 10% con il minimo di € 1.000,00

Indennizzo € 20.000,00 - 10% = € 18.000,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è superiore al minimo non indennizzabile).

d) 4° esempio:

Somma assicurata: € 50.000,00

Richiesta di rimborso € 8.000,00

Scoperto 10% con il minimo di € 1.000,00

Indennizzo € 8.000,00 – 1.000,00 = € 7.000,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

e) 5° esempio:

Somma assicurata: € 80.000,00

Richiesta di rimborso: € 90.000,00

Indennizzo: € 80.000,00.

2. Salvo quanto previsto nei successivi commi 3 e 4 del presente articolo, ogni massimale previsto nel presente capitolato riguarda il singolo assicurato. In caso di estensione ai familiari il massimale per il singolo si intende aumentato di una percentuale pari al 50% in caso di adesione del coniuge o convivente more uxorio ovvero soggetto civilmente unito, anche se non fiscalmente a carico, e di un’ulteriore percentuale pari al 40% per uno o più ulteriori familiari, sempreché siano fiscalmente a carico, salvo quanto previsto nelle singole garanzie.

3. Nei casi in cui il massimale è distinto per singolo e per nucleo, nel massimale per il nucleo è incluso anche l’iscritto al Fondo.

4. Nei casi in cui il massimale è espressamente riferito al nucleo familiare, esso è identico tanto in caso di singolo assicurato quanto in caso di estensione.

Articolo 3

Circostanze del rischio

1. Trattandosi di copertura collettiva, non sono previste dichiarazioni sulle circostanze del rischio né la compilazione del questionario sanitario.

2. In considerazione della circostanza che la qualità di assicurato è legata all’iscrizione al Fondo, non è prevista la possibilità di variazione della professione che possa determinare aggravamento del rischio.

Articolo 4

Regime fiscale

1. Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all’assicurazione sono a carico del Fondo, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione del contratto.

Articolo 5

Tipologia di prestazioni

1. Le prestazioni oggetto dell'appalto sono distinte nelle seguenti tipologie:

A) Pagamento diretto: strutture convenzionate. Prestazioni eseguite in strutture pubbliche o private convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati:

1) Per tutte le prestazioni di copertura che lo prevedono, la Società provvede al pagamento diretto delle prestazioni ricevute dall'Assistito presso le strutture convenzionate appartenenti al *Network*, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o prestazioni non garantite che rimangono a carico dell'Assistito.

2) Qualora l'assistito fosse autorizzato a ricevere una prestazione presso una Struttura Convenzionata con il *Network*, ma l'*equipe* medica non fosse convenzionata:

- con riferimento agli importi relativi alla struttura la Società provvederà al relativo pagamento diretto;
- con riferimento, invece, agli onorari dell'*equipe* non convenzionata, troverà applicazione quanto previsto al successivo punto **B**).

3) La richiesta di presa in carico presso strutture convenzionate appartenenti al *Network* dovrà essere effettuata dall'Assistito con un preavviso di almeno 5 giorni lavorativi, compreso il giorno della richiesta, di norma attraverso la piattaforma *web*.

4) La Società si impegna a fornire esito dell'autorizzazione entro 3 giorni lavorativi dalla data della prestazione. La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza medico-sanitaria. In tal caso è possibile richiedere l'autorizzazione all'attivazione del regime di assistenza diretta entro i 5 giorni successivi al ricovero stesso e, comunque, prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata.

In caso di cessazione e/o disdetta di una Convenzione tra il *Network* o una singola Struttura, da un lato, e la Società dall'altro, quest'ultima procede a darne comunicazione preventiva al *Broker* e all'Assemblea Regionale Siciliana

e si impegna a garantire che eventuali prestazioni già autorizzate, vengano comunque prese in carico.

B) Pagamento indiretto o rimborsuale: strutture non convenzionate.

Prestazioni eseguite in strutture pubbliche, o private non convenzionate con la Società, o effettuate da medici non convenzionati:

1) La Società, ricevuta direttamente dagli Assistiti la documentazione delle ricevute, fatture, notule di spesa, certificati medici di diagnosi e prescrizione, cartelle cliniche ai fini della corretta liquidazione dei sinistri, effettua le opportune verifiche e accredita quanto dovuto a termini di copertura sul conto corrente dell'assistito, entro 45 giorni lavorativi dalla ricezione della documentazione di norma attraverso la piattaforma web. Nel caso di richiesta di documentazione cartacea, la documentazione di spesa è fornita dall'Assistito in copia.

2) Qualora un Assistito abbia già ottenuto, da altro ente (Fornitore, Compagnia assicurativa, cassa di assistenza, fondo, ecc.) un parziale rimborso per le spese sanitarie previste dalla presente copertura, la stessa opererà in via integrativa, senza applicazione di nessuno scoperto o franchigia. Resta fermo che il rimborso complessivamente erogabile non potrà superare il 100% della spesa sostenuta. A tale scopo l'Assistito dovrà presentare la documentazione di spesa unitamente al foglio di liquidazione dell'altro Ente.

C) Rimborso ticket sanitari. Prestazioni eseguite nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

1) Nel caso in cui le prestazioni siano eseguite nell'ambito del servizio sanitario nazionale o presso strutture anche private convenzionate con lo stesso, la Società rimborsa i ticket sanitari pagati dall'Assistito e le eventuali altre spese sostenute dallo stesso che rientrano tra le tipologie contemplate dalle coperture previste dal presente contratto.

2. A ciascuna tipologia di prestazioni, come sopra distinte, si applicano le disposizioni e le condizioni previste nei successivi articoli del presente documento.

3. Nel caso in cui la prestazione possa essere resa secondo due o più delle tipologie previste, la scelta tra di esse è rimessa alla valutazione discrezionale dell'Assicurato.

Articolo 6

Reclami

1. L'Impresa è tenuta a mettere a disposizione un indirizzo *mail*, ovvero una specifica sezione della piattaforma *web*, attraverso il quale l'Assicurato possa formalizzare reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto.

2. L'Impresa provvede al riscontro formale del reclamo, mediante il medesimo indirizzo *mail*, ovvero mediante la piattaforma *web* con notifica all'indirizzo *mail* dell'Assistito, nel termine inderogabile di 10 giorni dalla ricezione del reclamo.

3. L'Assicurato, a propria scelta, può inoltrare il reclamo anche tramite il Fondo, ove tale servizio venga attivato, il quale si riserva di verificare se l'operato della Compagnia configuri una violazione delle disposizioni del presente capitolato, che rilevi quale inadempimento contrattuale.

4. In caso di mancata risposta entro 10 giorni o risposta insoddisfacente, l'Assicurato può inoltrare apposita richiesta al Fondo ai fini dell'attivazione, nel caso si ravvisi una violazione delle clausole del presente capitolato, di un'eventuale procedura di contestazione nei confronti dell'Impresa.

Articolo 7

Centrale operativa

1. L'Impresa è tenuta a mettere a disposizione del Fondo e degli Assicurati una Centrale Operativa, ossia una struttura organizzativa costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici, che eroghi con costi a carico della Società le prestazioni previste dalla copertura.

2. La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a:

- a) organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;
- b) fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate;

- c) fornire informazioni su strutture sanitarie non convenzionate ovvero su strutture del S.S.N. in condizione di erogare prestazioni sanitarie incluse nella presente copertura;
- d) rilasciare pareri medici, resi a beneficio dell'Assicurato al fine di fornire indicazioni utili all'individuazione del tipo di prestazione sanitaria da richiedere e della struttura più idonea in relazione alle proprie esigenze, restando inteso che il consulto telefonico non potrà mai sostituirsi né rendere superflua la visita medica specialistica;
- e) fornire informazioni su prestazioni, modalità di attivazione e condizioni di applicabilità della presente copertura.

Articolo 8

Persone assicurate

1. L'assicurazione è prestata a favore di coloro che risultano iscritti al Fondo alla data di attivazione della copertura.

2. Gli iscritti al Fondo sono obbligatoriamente assicurati, a meno che non dichiarino per iscritto, entro giorni 30 dalla data di attivazione della copertura, di rinunciare in quanto già fruiscono a quella data di altra copertura sanitaria privata.

3. La copertura si estende a coloro che risultino iscritti al Fondo successivamente alla data di attivazione della copertura, con decorrenza dal mese successivo alla comunicazione da parte del Fondo e, con la medesima decorrenza, può essere cessata per coloro che non risultino più iscritti al Fondo con le modalità stabilite all'art. 21.

4. La copertura è estesa, su richiesta dell'iscritto e con versamento del relativo premio a suo carico, ai componenti del nucleo familiare fiscalmente a carico e non, ai sensi di quanto previsto dal successivo art. 19, con le modalità ed alle condizioni previste dal presente capitolato o di quelle migliorative proposte nell'offerta tecnica da parte dell'Impresa.

Articolo 9

Ricovero e altre prestazioni

A. Spese per ricoveri, spese connesse con i ricoveri e spese assimilate.

9.1 Ricovero in Istituto di cura

1. La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi compresi *robot* e macchinari (anche noleggiati e/o fatturati a nome dell'assistito), gli apparecchi protesici e terapeutici, nonché le endoprotesi, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante e dopo il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia, oltre ai medicinali, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

d) Rette di degenza

Sono comprese le rette di degenza, ad eccezione delle spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura ricettiva.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 60 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 30,00 al giorno per un massimo di 60 giorni per ricovero.

g) Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi (compreso il noleggio di apparecchiature per la fisioterapia in ambito domiciliare) e cure

termali, effettuati nei 150 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

9.2 Trasporto sanitario

1. La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimale di € 1.500,00 per ricovero.

9.3 Day-hospital

1. Nel caso di *day-hospital*, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 9.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 9.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

2. La garanzia è operante anche per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

9.4 Intervento chirurgico ambulatoriale

1. Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 9.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 9.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

9.5 Trapianti

1. Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 9.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 9.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

2. Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

9.6 Parto e aborto

9.6.1 Parto cesareo

1. In caso di parto cesareo effettuato sia in Struttura sanitaria convenzionata che in Struttura sanitaria non convenzionata con la Società,

questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 9.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) “Accompagnatore; g) “Post-ricovero”, e 9.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

2. La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 8.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

3. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti dalle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

4. In caso di parto cesareo effettuato in Struttura pubblica del S.S.N. o in Strutture con esso accreditate, la Società provvede al rimborso delle spese per le prestazioni di cui ai precedenti commi, nei limiti in cui sono state sostenute dall’Assistita.

9.6.2 Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo

1. In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo effettuato sia in Struttura sanitaria convenzionata che in Struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 9.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 9.1 “Ricovero in istituto di cura”, lettera g) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

2. La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 6.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in Strutture convenzionate che in Strutture non convenzionate.

3. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti dalle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

4. In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo effettuato in Struttura pubblica del S.S.N. o in Strutture con esso accreditate, la Società

provvede al rimborso delle spese per le prestazioni di cui ai precedenti commi, nei limiti in cui sono state sostenute dall'Assistita.

9.7 Rimpatrio della salma

1. In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 3.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

9.8 Modalità di erogazione delle prestazioni

A) Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

1. In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

- punto 9.1 "Ricovero in istituto di cura":

1) lett. a) "Pre ricovero";

2) lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

- punto 9.2 "Trasporto sanitario";

- punto 9.7 "Rimpatrio della salma"

che vengono coperte in favore dell'Assicurato nei limiti previsti dai punti indicati, e delle seguenti:

- punto 9.6 "Parto e aborto", che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata o rimborsate nei limiti previsti dal punto indicato.

B) Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

1. In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 500,00, ad eccezione delle seguenti:

- punto 9.1 "Ricovero in Istituto di cura":

1) lett. d) "Retta di degenza";

2) lett. e) "Accompagnatore";

3) lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

- punto 9.2 "Trasporto sanitario";

- punto 9.6 "Parto e aborto";

- punto 9.7 "Rimpatrio della salma"
che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti dai punti indicati.

C) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale.

1. Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 9.10 "Indennità Sostitutiva".

2. Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero, anche in *day hospital*, delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva.

3. Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. A) "Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o B) "Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

9.9 Massimale assicurato

1. Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 300.000,00 per ciascun assicurato e a € 400.000,00 per nucleo familiare.

2. Il presente massimale è da intendersi raddoppiato per assicurato e per nucleo in caso di Grande Intervento Chirurgico.

9.10 Indennità sostitutiva

1. Ferma restando la possibilità di chiedere alla Società di provvedere al pagamento o rimborso delle spese di "pre-ricovero" e "post-ricovero" con le modalità di cui ai punti 9.1 "Ricovero in istituto di cura" lett. a) Pre-ricovero e lett. g) Post-ricovero, l'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società né per il ricovero né per le prestazioni connesse al ricovero, avrà diritto a un'indennità di € 60,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

2. Le spese relative alle garanzie di “pre-ricovero” e “post-ricovero” in questo caso vengono prestate senza l’applicazione di eventuali limiti previsti al punto 9.8 “Modalità di erogazione delle prestazioni” ed assoggettate ad un massimale annuo per assicurato pari a € 2.000,00.

9.11 Ospedalizzazione domiciliare

1. Il Piano sanitario, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, per ricovero indennizzabile a termini del Piano stesso, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l’Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

2. Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 10.000,00 con applicazione di uno scoperto del 25%.

Articolo 10

Alta specializzazione

1. La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) “anche digitale” e accertamenti

- a) Agoaspirato
- b) Amniocentesi (in alternativa: bi-test) oltre il 35esimo anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologia della gestante o del feto
- c) Angiografia
- d) Angiografia digitale
- e) Arteriografia digitale
- f) Artrografia
- g) Broncografia
- h) Broncoscopia con eventuale biopsia
- i) Cardiotac
- j) Cateterismo cardiaco

- k) Cisternografia
- l) Cistografia
- m) Cistoscopia
- n) Cistouretrografia
- o) Clisma opaco
- p) Colangiografia
- q) Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- r) Colangiografia percutanea (PTC)
- s) Colangiografia trans Kehr
- t) Colecistografia
- u) Colonoscopia con eventuale biopsia
- v) Colonoscopia virtuale
- w) Coronarografia
- x) Dacriocistografia/Dacriocistotac
- y) Defecografia
- z) Doppler
- aa) Duodenoscopia
- bb) Ecocardiogramma
- cc) Ecodoppler
- dd) Ecocolordoppler
- ee) Ecografia
- ff) Ecoendoscopia
- gg) Elettrocardiografia
- hh) Elettroencefalografia
- ii) Elettromiografia
- jj) Endoscopia
- kk) Esame citologico
- ll) Esame istologico
- mm) Esofagoscopia
- nn) Fistolografia
- oo) Flebografia
- pp) Fluorangiografia
- qq) Galattografia
- rr) Gastroscopia con eventuale biopsia

- ss) E.C.G. a riposo e sotto sforzo, anche secondo Holter
- tt) Isterosalpingografia
- uu) Linfografia
- vv) Mammografia o Mammografia Digitale
- ww) Mielografia
- xx) Moc/doc
- yy) Monitoraggio pressorio delle 24 h
- zz) OCT
- aaa) Ortopanoramica delle arcate dentarie (Ortopantomografia)
- bbb) Pancolonscopia
- ccc) Pet
- ddd) Radionefrogramma
- eee) Rectosigmoidocolonscopia
- fff) Retinografia
- ggg) Rettoscopia
- hhh) Risonanza magnetica nucleare
- iii) Rx esofago
- jjj) Rx stomaco e duodeno
- kkk) Rx tenue e colon
- lll) Scialografia
- mmm) Scintigrafia
- nnn) Spect
- ooo) Splenoportografia
- ppp) Spirometria globale con tecnica pletismografica
- qqq) Tac
- rrr) Tc dentalscan
- sss) Telecuore
- ttt) Test ergometrico massimale
- uuu) Uroflussometria
- vvv) Urografia
- www) Vesciculodeferentografia
- xxx) Videoangiografia
- yyy) Villocentesi oltre il 35esimo anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologia della gestante o del feto

zzz) Wirsungrafia

Terapie

- aaaa) Chemioterapia
- bbbb) Cobaltoterapia
- cccc) Dialisi
- dddd) Laserterapia e tecarterapia a scopo fisioterapico
- eeee) Radioterapia

2. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione del proprio medico curante contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

3. Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

4. Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a Strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione con uno scoperto del 20%, con un minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

5. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i *ticket* sanitari a carico dell'Assicurato.

6. Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 10.000,00 per ciascun assicurato e a € 15.000,00 per nucleo familiare.

Articolo 11

A. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

1. La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche, esami ematologici e accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio o a malformazione non precedentemente diagnosticata, con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di *routine* legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. È, inoltre, prevista l'assistenza infermieristica domiciliare prescritta da medico curante.

2. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

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

5. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

6. Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a Strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

7. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i *ticket* sanitari a carico dell'Assicurato.

8. Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 8.000,00 nel caso di singolo assicurato e a € 10.000,00 nel caso di nucleo familiare.

B. Pacchetto maternità

1. Sono coperte, sia se effettuate in strutture convenzionate sia in strutture non convenzionate, le spese sostenute e presentate con documenti fiscalmente validi sino ad un massimo di € 1.000,00 per visite, ecografie ed analisi cliniche o chimiche. Tale massimale si intende elevato a € 1.500,00 in caso di gravidanza a rischio.

2. Il rimborso dei *ticket* pagati per le suddette prestazioni erogate dal S.S.N. è integrale.

3. In caso di spese per test di *screening* (quali ad esempio translucenza nucleare, bi-test, DNA fetale) e gli esami più approfonditi (come amniocentesi o villocentesi), in presenza di prescrizione da parte del medico specialista, il limite di cui sopra è da intendersi elevato a € 2.000,00. Tali ultime spese

vengono rimborsate con l'applicazione con uno scoperto del 40%, con un minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura.

Articolo 12

Trattamenti fisioterapici e osteopatici riabilitativi

1. La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici e osteopatici a fini riabilitativi, in presenza di prescrizione da parte di medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia dell'abilitazione il cui titolo deve essere comprovato dal documento di spesa.

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

3. Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

4. Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a Strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per fattura/persona.

5. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i *ticket* sanitari a carico dell'Assicurato.

6. Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 900,00 nel caso di singolo assicurato e di € 1.400,00 nel caso di nucleo familiare. Il massimale annuo complessivo è da intendersi elevato a € 2.000,00 in caso di passaggio dell'Assistito dal pronto soccorso per incidente o infortunio.

Articolo 13

Protesi/ausili medici ortopedici e acustici

1. La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di € 2.000,00 tanto nel caso di singolo assicurato quanto nel caso di nucleo familiare.

2. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici ed acustici, sempreché appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali carrozzelle, tripodi, plantari, apparecchi acustici, ecc.

3. Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura/persona.

Articolo 14

Cure oncologiche e dialisi

1. Nei casi di malattie oncologiche e nei casi di terapia con dialisi, la Società liquida le spese relative a chemioterapia, terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o *day hospital* che in regime di extraricovero) e di dialisi, con massimale autonomo.

2. Si intendono inclusi in garanzia anche le visite, gli esami ematologici, gli accertamenti diagnostici le prestazioni di alta specializzazione e le terapie farmacologiche, anche per il *follow-up* oncologico.

3. Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

4. Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a Strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

5. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i *ticket* sanitari a carico dell'Assicurato.

6. Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 15.000,00.

7. Le sedute di chemioterapia effettuate in regime di ricovero o *day hospital*, saranno liquidate o rimborsate secondo le modalità sopraindicate nella presente garanzia, oppure secondo le modalità alla garanzia dell'art. 9 "Ricovero" utilizzandone il relativo massimale al punto 9.9, scegliendo la soluzione più favorevole per l'Assicurato. Pertanto le prestazioni effettuate

presso le Strutture convenzionate con la Società ed in regime di ricovero e/o *day hospital* verranno sempre erogate nei limiti dell'art. 9 "Ricovero"; le prestazioni effettuate presso le strutture non convenzionate con la società o in S.S.N. verranno rimborsate secondo quanto previsto dalla presente garanzia.

Articolo 15

Prestazioni odontoiatriche particolari

1. In deroga a quanto previsto nell'art. 28.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3), la Società provvede al pagamento di prestazioni odontoiatriche particolari, fruibile una volta l'anno, al fine di monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, quando, in particolare, l'Assicurato dichiari casi di familiarità.

2. È inclusa nella copertura assicurativa l'ablazione del tartaro, con eventuale visita di controllo mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

3. Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente.

4. Nel caso di utilizzo di Struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata alla Società.

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

6. Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture medesime senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

7. Al di fuori dei casi di cui al precedente comma 4, qualora l'Assicurato effettui una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, se svolte presso Strutture convenzionate, il costo della

prestazione sarà a carico dell'Assicurato con l'applicazione delle tariffe agevolate previste dal *network* convenzionato, previa comunicazione alla Compagnia.

Articolo 16

Odontoiatria/ortodonzia

1. In deroga a quanto previsto nell'art. 28.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate:

16.1 Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico.

A. La Società provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribassamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico.

B. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

C. Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30%, con un minimo non indennizzabile di € 90,00 per fattura/persona.

D. Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

E. Il massimale annuo per il complesso delle suddette prestazioni corrisponde a € 950,00 per singolo Assistito e ad € 1.200,00 in caso di copertura per nucleo familiare

16.2 Cure dentarie da infortunio

A. La Società liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sotto indicate.

B. La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- a) radiografie e referti radiologici;
- b) referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

C. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

D. Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20%, con un minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura/persona.

E. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

F. Il massimale annuo assicurato per il complesso delle suddette prestazioni corrisponde a € 10.000,00.

Articolo 17

Lenti e occhiali

1. La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali, inclusa la montatura, o per le lenti a contatto, incluse le lenti monouso, nel limite annuo di € 300,00 nel caso di singolo assicurato e di € 600,00 nel caso di nucleo familiare. Il rimborso per la montatura è riconosciuto una sola volta per biennio.

2. La Società provvede al rimborso delle spese sostenute ai sensi del precedente comma 1, con applicazione di una franchigia di € 50,00 per le complessive spese annuali.

3. Per l'attivazione è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del *visus*. Tale attestazione consente le richieste di rimborso, nei limiti del massimale indicato, entro l'anno contrattuale in cui la certificazione è stata presentata.

Articolo 18

Servizi di consulenza

1. I servizi di consulenza di cui all'art. 1 includono:
 - 1) informazioni telefoniche in merito a:
 - a) Strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
 - b) indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
 - c) risoluzione di problematiche relative al funzionamento della copertura;
 - d) informazioni sullo stato di eventuali sinistri già denunciati in atto;
 - e) centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
 - f) farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni;
 - 2) prenotazione di prestazioni sanitarie nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società;
 - 3) pareri medici immediati forniti all'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia nei limiti e nel rispetto di quanto previsto all'articolo 7.

Articolo 19

Costo della copertura/contributo

1. Il premio annuo per il singolo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, è quantificato a seguito dell'applicazione del ribasso formulato dall'Impresa aggiudicataria sui seguenti importi individuali a base d'asta:
 - a) iscritto al Fondo: Euro 1.500,00;
 - b) coniuge o convivente "more uxorio" o soggetto unito civilmente, anche non fiscalmente a carico: Euro 1.000,00;
 - c) ogni ulteriore familiare, sempreché sia fiscalmente a carico: Euro 800,00.
2. Il costo complessivo annuo dovuto dal Fondo viene corrisposto anticipatamente a titolo di acconto per il periodo di 12 mesi e verrà versato entro 30 giorni dalla richiesta di pagamento dei contributi da parte della

Società. Tale acconto, per ciascuna annualità, viene determinato moltiplicando il costo individuale annuo di aggiudicazione per il numero di Assistiti all'inizio dell'annualità.

3. Al termine dell'annualità viene determinato il numero di Assistiti che hanno goduto della copertura e non erano stati computati nella determinazione dell'acconto.

4. Posto che l'estensione della copertura ai familiari è rimessa alla discrezionalità dell'Assicurato e ne può essere richiesta l'attivazione e la cessazione durante l'intera vigenza della polizza, il Fondo verserà alla Società il contributo a conguaglio, derivante dalle eventuali inclusioni in copertura o cessazioni avvenute durante l'annualità, entro 30 giorni dalla richiesta dei contributi da parte della Società. Al fine del calcolo dei contributi e del conguaglio, la Società, anche con l'ausilio del *Broker*, fornirà al Fondo un *file* Excel contenente i nominativi degli assistiti ed ogni altra informazione utile alla determinazione del costo complessivo annuale a conguaglio.

5. Al termine dell'annualità viene determinato il numero di Assistiti che hanno goduto della copertura e non erano stati computati nella determinazione dell'acconto.

6. Al fine del calcolo dei contributi per l'acconto annuale e per il conguaglio, la Società, anche con l'ausilio del *Broker*, fornirà al Fondo un *file* Excel contenente i nominativi degli Assistiti ed ogni altra informazione utile alla determinazione del costo complessivo annuale a conguaglio comprese le inclusioni e le cessazioni.

7. Il Fondo verserà alla Società il conguaglio, derivante dalle eventuali inclusioni e cessazioni in copertura avvenute durante l'annualità, entro 30 giorni dalla richiesta dei contributi da parte della Società dopo aver verificato i dati contenuti nel *file* Excel.

8. Per tutta la durata di vigenza della copertura non è previsto adeguamento del premio individuale e delle somme assicurate, salvo per queste ultime quanto previsto dall'articolo 34.

Articolo 20

Decorrenza e attivazione della copertura assicurativa

1. La copertura in forma rimborsuale ha decorrenza immediata dalla data di avvio del contratto; in forma diretta, nelle Strutture convenzionate con la Società, deve avere effetto entro 45 giorni dalla data di sottoscrizione, sempreché le schede di adesione pervengano alla Società entro 30 giorni dalla medesima data.

2. La copertura ha effetto dalle ore 00:01 del giorno indicato nel contratto. La copertura cessa alle ore 24:00 del giorno della scadenza senza obbligo di disdetta.

3. Se il Fondo non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 00:01 del giorno di pagamento.

Articolo 21

Inclusioni e cessazioni della copertura

1. Le inclusioni e le cessazioni della copertura all'interno del presente contratto sono regolate dai commi seguenti.

2. Per gli iscritti al Fondo alla data di avvio del contratto, la copertura è immediata, salvo il caso di rinuncia espressa ai sensi dell'art. 8; per il coniuge e per gli altri componenti del nucleo familiare l'inclusione a richiesta può essere attivata in qualsiasi momento di vigenza della polizza.

3. La copertura si estende anche a coloro che risultino iscritti al Fondo in un momento successivo all'avvio della polizza e, a discrezione dei medesimi, anche ai relativi familiari.

4. La copertura sarà attiva dal primo giorno del mese successivo alla comunicazione dei nuovi inserimenti.

5. Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai commi precedenti, il premio da corrispondere sarà computato, per l'anno di vigenza della polizza in cui avvenga il nuovo inserimento, in dodicesimi in relazione al mese in cui la copertura si attivi per il nuovo Assicurato (ad esempio, se la polizza si attiva l'1 settembre ed il nuovo inserimento venga comunicato il 15 dicembre, per il nuovo Assicurato dovrà essere corrisposto un premio quantificato nella misura di 8/12 del premio annuale).

6. In caso di richiesta di inclusione in assistenza di familiari, avvenuta oltre il termine di 45 giorni dall'entrata in vigore della polizza e che non sia giustificata da modifiche oggettive dello stato di famiglia dell'Assicurato (ad es. per matrimonio o per nascita di figli o adozione) o dalla definizione di adempimenti burocratici normativamente previsti, è in facoltà dell'Impresa subordinare l'inserimento in assistenza del familiare ad una previa visita medica generale da effettuarsi presso Struttura medica convenzionata con l'Impresa, sita nella provincia di residenza dell'Assicurato richiedente. L'eventuale rifiuto della copertura assistenziale o la sua limitazione deve essere adeguatamente motivato.

7. Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex assicurato e gli eventuali familiari inclusi in garanzia non possono essere esclusi dalla copertura prima della scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato già versato il premio.

Articolo 22

Durata dell'assicurazione

1. La polizza ha durata di tre anni dall'attivazione.

2. È in ogni caso escluso il rinnovo tacito della polizza alla sua scadenza.

3. È facoltà del Fondo, con preavviso non inferiore a 90 giorni antecedenti la cessazione del contratto, richiedere, la prosecuzione del servizio alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per ulteriori 12 mesi.

4. È facoltà della Compagnia, con preavviso non inferiore a 120 giorni antecedenti la cessazione del contratto, comunicare al Fondo che non intende procedere con la prosecuzione del servizio per ulteriori 12 mesi

5. Ai sensi dell'articolo 120, co. 11, del d.lgs. n. 36/2023 è facoltà del Fondo, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza, anche anticipata nel caso del recesso di cui all'articolo 34, richiedere alla Società una proroga tecnica, di carattere temporaneo, del presente contratto, finalizzata all'espletamento o al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova copertura sanitaria. In tal caso la Società si impegna sin d'ora, a prorogare il contratto per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza alle medesime condizioni contrattuali ed economiche; il relativo rateo di costo, conteggiato in *pro-rata temporis*, verrà corrisposto dal Fondo

entro 90 giorni dalla data di ricezione del relativo documento correttamente emesso dalla Società.

6. Nel caso in cui il Fondo eserciti l'opzione di proroga tecnica del contratto, gli importi dei massimali del presente Capitolato sono da intendersi riproporzionati alla durata della proroga stessa.

Articolo 23

Modifica delle condizioni di assicurazione

1. Modifiche delle condizioni e delle disposizioni previste nella copertura possono essere formalizzate, anche se concordate tra le parti, esclusivamente nel rispetto della normativa nazionale e regolamentare vigente.

2. Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dal presente capitolato potrà essere introdotta o imposta dal Fornitore, fatte salve le variazioni consentite e disciplinate dal precedente art. 22 del presente capitolato.

3. Al termine di ciascuna annualità, la Società può attivare la richiesta di revisione di cui all'articolo 60, lett. b), del d. lgs. n. 36/2023, fornendo documentazione comprovante la variazione del costo del servizio, che deve essere indipendente dall'aleatorietà, in quanto elemento essenziale del contratto. La stessa richiesta potrà essere avanzata dal Fondo.

Articolo 24

Foro competente

1. Per qualunque controversia dovesse sorgere in relazione al presente appalto, il Foro competente è quello di Palermo.

Articolo 25

Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

Articolo 26

Operazioni societarie straordinarie

1. Nei casi di modifiche statutarie attinenti al trasferimento di sede sociale, al cambio di denominazione sociale o di trasferimento di tutto o parte del portafoglio, di fusione o scissione del portafoglio stesso, la Società invierà al Contraente e all'Assicurato una specifica comunicazione entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione.

Articolo 27

Altre assicurazioni

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

Articolo 28

Limitazioni

28.1 – Estensione territoriale

La presente assicurazione vale in tutto il mondo.

28.2 – Esclusioni dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

1) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni diagnosticati precedentemente alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;

2) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;

3) le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;

4) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);

5) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;

6) gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;

7) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

8) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;

9) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

10) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il *free-climbing*, il *rafting* e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;

11) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;

12) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave;

13) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

14) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;

15) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale;

16) limitatamente alle prestazioni previste al punto 3 e in relazione all'articolo 16 "Odontoiatria/Ortodonzia", l'assicurazione non è operante per protesi di natura meramente estetica e per i trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

28.3 – Limite d'età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del 76° anno d'età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare dell'Assicurato iscritto al Fondo, l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare. Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 76° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

Articolo 29

Obblighi dell'Assistito in caso di sinistro

1. In caso di sinistro, l'Assistito presenta denuncia alla Società di norma attraverso la piattaforma *web* della Compagnia con sollecitudine a partire dal momento in cui ne viene a conoscenza, nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni sia in modalità diretta che rimborsuale, presentando la documentazione.

Articolo 30

Obblighi del Fornitore – Attività di supporto e assistenza. Portale o piattaforma *web*

1. Per la gestione delle pratiche la Società dovrà garantire:

a) supporto e assistenza all'Assistito tramite il proprio *Call Center* e il proprio sito *web* in merito a tutte le informazioni inerenti alla copertura;

b) supporto e assistenza agli Assistiti, attraverso una Centrale Operativa accessibile mediante numero telefonico gratuito (numero verde) e/o numero dedicato, che garantisca assistenza telefonica quotidiana non inferiore a 6 ore per ogni giorno lavorativo, salvo diverso accordo contenuto nella convenzione, nelle fasce orarie che verranno specificate nella comunicazione ufficiale dell'Aggiudicatario, su tutte le informazioni inerenti:

- le condizioni della copertura;
- le modalità di accesso alla rete convenzionata;
- lo stato dei sinistri;
- i tempi di rimborso e ogni altra informazione necessaria ad agevolare la corretta e tempestiva erogazione del servizio. La società si obbliga a fornire le

stesse informazioni al *Broker* nel caso in cui quest'ultimo fosse stato incaricato dall'Assistito, mediante compilazione di un apposito modulo, ad agire per suo conto. Il sopra indicato elenco viene riportato a titolo esemplificativo e non esaustivo;

c) creazione di un portale o piattaforma *online* dedicato alla gestione delle pratiche: entro 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura, la Società provvederà a rendere disponibile un portale o piattaforma *web* dedicato che consenta all'Assistito di:

- visualizzare e scaricare tutte le informazioni e la modulistica relativa alle coperture sanitarie;
- visionare le strutture convenzionate;
- accedere alla propria area riservata con apposite credenziali per l'attivazione delle richieste di assistenza diretta e di rimborso, allegando la relativa documentazione sanitaria e di spesa. Il portale dovrà consentire all'Assistito di verificare lo stato di lavorazione delle pratiche, l'eventuale motivazione di rifiuto totale o parziale del rimborso e l'aggiornamento dei propri contatti incluso l'indirizzo *mail* dell'Assistito, indirizzi e l'indicazione dell'IBAN su cui effettuare i rimborsi in ottemperanza alla disciplina del Codice per la protezione dei dati personali, sia in termini di informativa al trattamento che in termini di misure di sicurezza.

2. Quanto sopra viene indicato a titolo esemplificativo e non esaustivo.

Articolo 31

Clausola *Broker*

1. La gestione della presente copertura, ai sensi del d.lgs. n. 209 del 2005, è affidata al *Broker* MAG S.p.A con sede legale in Roma, Via delle Tre Madonne, n. 12, iscritta al RUI presso IVASS – Sezione B – con il n. B000400942. In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

1) che il *Broker*, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e sostanziale dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte dei Fornitori del servizio;

2) che il *Broker* offre agli Assistiti, che singolarmente intendano fruirne, un servizio di assistenza in materia di sinistri e di gestione degli stessi; in tal caso

l'Assistito sottoscrive un apposito modulo contenente anche l'autorizzazione al trattamento dei dati personali per il singolo sinistro o in via generale. Il *Broker* offre altresì il proprio servizio nella gestione dei rapporti amministrativi inerenti l'esecuzione del contratto tra il Fondo e la Compagnia;

3) il *Broker* invierà alla Società delegataria, a mezzo e-mail o PEC le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura la data di spedizione. Tali comunicazioni d'incasso comporteranno automatica copertura del rischio anche per le quote delle Società Coassicuratrici che si impegnano a ritenerle valide;

4) il *Broker* sarà remunerato dalle Società aggiudicatarie dell'appalto. Il compenso riconosciuto al Broker, sotto forma di ritenuta sui contributi della copertura, e all'atto del pagamento dei medesimi sarà applicata nella misura del 10% al costo imponibile e per ogni rata di contributo pagata, comprese modifiche, regolazioni e/o variazioni contrattuali. Tale remunerazione non potrà mai rappresentare un costo aggiuntivo per il Fondo.

Articolo 32

Tracciabilità dei flussi finanziari

1. Il Fornitore del Servizio, la Società di Brokeraggio, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata alla presente copertura sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla legge 12 agosto 2010, n. 136 e ss.mm.ii.

2. I suddetti soggetti sono obbligati a comunicare alla Stazione Appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative alla presente copertura, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

3. Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata – tramite bonifico bancario o postale e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il codice identificativo di gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione Appaltante. Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata legge n. 136/2010

costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 c.c. e dell'art. 3 della suddetta legge.

Articolo 33

Controversie di natura medica – arbitrato irrituale

1. In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità totale o parziale del sinistro, l'Assistito e il Fornitore di comune accordo hanno facoltà di conferire per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuta l'indennità, a norma e nei limiti delle condizioni previste nel capitolato, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei medici avente competenza territoriale nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

2. Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assistito.

3. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunerà il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

4. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano, fin d'ora, a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

5. I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

6. Nel caso in cui la controversia riguarda l'applicazione o l'interpretazione di una clausola contrattuale o di una copertura d'interesse generale, il Fondo può intervenire a sostegno dell'Assistito sostenendo a proprio carico le spese di cui al comma 3 in luogo di quest'ultimo.

Articolo 34

Recesso

1. Fermo restando l'importo annuale del premio per ciascun Assistito, è facoltà della Compagnia richiedere, entro i 120 giorni successivi alla scadenza annuale del contratto, la rinegoziazione in presenza di elevata e documentata sinistrosità che abbia determinato un considerevole squilibrio complessivo tra il totale dei premi pagati dal Fondo nel precedente anno e gli indennizzi erogati dalla Compagnia. Il Fondo, previa valutazione delle modifiche proposte dalla Compagnia in relazione all'equilibrio giuridico-economico complessivo del contratto e delle relative coperture, accetta in tutto o in parte la proposta di rinegoziazione entro i successivi 90 giorni. La rinegoziazione può essere chiesta in ciascuna annualità con le medesime modalità e procedure.

2. L'anno successivo alla richiesta di rinegoziazione, è facoltà di ciascuna delle parti esercitare il recesso entro i 120 giorni successivi alla scadenza annuale. Il recesso determina la cessazione del servizio di assistenza il 60° giorno successivo.

Articolo 35

Obbligo della Società di fornire dati sull'andamento del rischio

1. A fini statistici il Fornitore, al termine di ogni trimestre, e comunque entro i 15 giorni successivi al termine di ciascun trimestre, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Fondo l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del servizio. Tale elenco, che dovrà essere fornito in formato elettronico Microsoft Excel tramite *file* modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura), dovrà riportare:

• Foglio 1 – denominato “Sintesi”, che dovrà essere conforme alla tabella sotto riportata:

Tipologia Sinistro	Rete			Fuori rete			SSN		
	N° sinistri	Importo Riservato	Importo Liquidato	N° sinistri	Importo Riservato	Importo Liquidato	N° sinistri	Importo Riservato	Importo Liquidato
<i>Ricovero</i>									
<i>Intervento miopia</i>									
<i>Alta Specializzazione</i>									
<i>Visite ed accertamenti</i>									
<i>Cure Oncologiche</i>									
<i>Prevenzione</i>									
Totale									

Si specifica che le tipologie di sinistro riportate in tabella sono da intendersi a titolo esemplificativo e non esaustivo.

- Eventuale Foglio 2 – denominato “Analitico sinistri”, che il Fondo potrà chiedere dopo aver ricevuto il Foglio 1, che dovrà contenere per ogni tipologia di sinistro in forma anonima e aggregata i seguenti dati:
 1. il tempo medio di liquidazione intercorrente tra la data della denuncia e la data del rimborso o del pagamento alla Struttura;
 2. l'indicazione percentuale dello stato dei sinistri aperti, chiusi senza seguito, chiusi con franchigia, chiusi con scoperto, liquidati;
 3. la percentuale di tipologia degli Assistiti cui sono occorsi i sinistri (titolare – personale iscritto o pensionato iscritto - familiare e in caso di familiare tipo di parentela) e la percentuale per sesso e per fascia di età;
 4. Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Fondo di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate o con ulteriori dati ad integrazione. Le già menzionate statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della copertura, fino alla definizione di tutte le pratiche.

Article 36

Penali

1. In caso di reclami che accertino errori liquidativi e/o inottemperanze alle tempistiche di gestione dei sinistri, nelle modalità di erogazione e nei criteri di liquidazione, reiterate e quantificabili in misura non inferiore al 10% delle pratiche gestite per trimestre, il Fondo potrà applicare una penale come da seguente tabella:

Percentuale

reclami su sinistri

	Ammontare penale
Dal 10% al 29%	Euro 3.000
Dal 30% al 49%	Euro 7.000

Dal 50% Euro 13.000

2. La Compagnia dinanzi alla contestazione di cui al comma precedente fornisce al Fondo le proprie controdeduzioni.

Articolo 37

Rinuncia al diritto di rivalsa

1. Il fornitore rinuncia, a favore dell'Assistito e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili.

Articolo 38

Anticipi

1. Nel caso di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il versamento di un anticipo all'atto dell'ammissione, il titolare di copertura o - in caso di sua incapacità, anche temporanea - un proprio familiare, potrà richiedere a detto titolo al Fornitore una somma massima pari al 65% dell'intera spesa preventivata dall'Istituto di cura, purché nei limiti dell'65% della somma massima indennizzabile. Detta richiesta dovrà essere corredata da preventivo scritto da parte della Struttura in cui avverrà il ricovero, con indicazione della prestazione sanitaria prevista e del relativo costo.

2. In ogni caso l'Assistito è tenuto a trasmettere al Fornitore le relative fatture comprovanti l'effettiva spesa sostenuta.

Articolo 39

Cessazione del contratto

1. La Società provvederà, entro 15 giorni dalla fine del contratto, a consegnare al Fondo un *file* Excel contenente tutte le anagrafiche degli Assistiti e dei familiari presenti nei relativi nuclei ed ogni altra informazione utile alla gestione della copertura sanitaria da parte di chi si aggiudicherà il servizio nella successiva annualità.

2. Inoltre, la Società rilascerà, su richiesta del Fondo, la documentazione aggiornata attinente alla gestione dei sinistri avvenuti dopo la chiusura dell'ultimo trimestre.

Articolo 40

Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

1. In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del codice civile si prende atto che la mancata o inesatta comunicazione da parte del Fondo di circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio non comporterà l'annullamento del contratto, né la decadenza dal diritto all'indennizzo, né la riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione sempre che la Contraente non abbia agito con dolo.

2. Le parti convengono che le variazioni che comportano aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina dell'art. 1898 del codice civile e l'eventuale nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del costo sempre che tali circostanze o mutamenti non riguardino l'inclusione di tipologie di rischio diverse da quanto garantito dal presente contratto.

Articolo 41

Oneri a carico del Fornitore

1. Sono a carico del Fornitore, intendendosi remunerati con il corrispettivo contrattuale, tutti gli oneri, i rischi e le spese relativi alla prestazione del servizio, nonché ad ogni attività che si rendesse necessaria per la prestazione del servizio stesso o, comunque, opportuna per un corretto e completo adempimento delle obbligazioni previste, ivi compresi quelli relativi a eventuali spese di trasporto, viaggio e missione per il personale addetto all'esecuzione contrattuale.

2. Rientra tra gli oneri a carico del Fornitore la remunerazione del *Broker* per le attività prestate.

Articolo 42

Criteri di liquidazione per le richieste indirette

1. Entro 30 giorni lavorativi dalla richiesta di rimborso, di norma avanzata tramite inserimento sul portale *web*, la Società dovrà evadere la pratica effettuando il pagamento dell'importo da liquidare ovvero respingere

la pratica con obbligo di motivazione o, infine, sospendere la pratica richiedendo eventuale documentazione integrativa.

Palermo,

Il Responsabile Unico del Progetto
(Dott. Rosario Micciché)