Generali Italia S.p.A.

All. ② FAQ 38
TOT. 37 pagg.

POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE

Contratto di assicurazione malattia polizza n. 361130252

La presente polizza è stipulata tra

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Segretariato generale

Dipartimento per le politiche di gestione, promozione e sviluppo delle risorse umane e strumentali

e

GENERALI ITALIA S.P.A.

Per la copertura BASE del personale in quiescenza, il nucleo fiscalmente a carico, e i familiari non fiscalmente a carico

Per le coperture AGGIUNTIVE del personale in quiescenza, il nucleo fiscalmente a carico, e i familiari non fiscalmente a carico

in conformità alla procedura aperta per l'affidamento di servizi assicurativi ai sensi del D. Lgs. 163/2006 e s.m.i., Periodo 01.07.2016 – 30.06.2019, C.I.G. 6640022F7B

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CAPITOLATO

Assicurazione/Assistenza: La copertura integrativa delle spese sanitarie oggetto del presente capitolato
Fornitore: La compagnia assicuratrice, in forma singola o associata, aggiudicataria della relativa procedura di gara, che assumerà il rischio della prestazione oggetto del presente capitolato
Fondo sanitario: soggetto iscritto all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al D.M. 27/10/2009, abilitato a norma di legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario oggetto del presente capitolato, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi
Stazione Appaltante o Amministrazione Contraente: Presidenza del Consiglio dei ministri
Assicurato/Assistito: Il soggetto beneficiario nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione/ assistenza.
Dipendente in servizio: soggetto legato da un rapporto di lavoro subordinato con l'Amministrazione contraente
Dipendente in quiescenza: soggetto che ha cessato per quiescenza il rapporto di lavoro subordinato con l'Amministrazione contraente
Dipendente cessato: soggetto che ha cessato per altri motivi non legati alla quiescenza il rapporto di lavoro subordinato con l'Amministrazione contraente
Familiare fiscalmente a carico: Ai fini del presente capitolato sono considerati familiari fiscalmente a carico del dipendente: i figli legittimi o legittimati o naturali o adottivi e, in loro mancanza, i discendenti prossimi, anche naturali, nonché il coniuge, compreso il convivente more uxorio e relativi figli conviventi, inseriti nello stato di famiglia del dipendente stesso. Sono esclusi gli altri familiari indicati nell'art. 433 del codice civile. Lo status di familiare fiscalmente a carico è attualmente riconosciuto ai familiari che nel corso dell'anno di imposta hanno posseduto un reddito complessivo non superiore a € 2.840,51, al lordo degli oneri deducibili
Familiare fiscalmente non a carico: Ai fini del presente capitolato sono considerati familiari fiscalmente non a carico del dipendente: i figli legittimi o legittimati o naturali o adottivi e, in loro mancanza, i discendenti prossimi, anche naturali, nonché il coniuge, compreso il convivente more uxorio e relativi figli conviventi inseriti nello stato di famiglia del dipendente stesso, che nel corso dell'anno di imposta hanno posseduto un reddito complessivo superiore a € 2.840,51, al lordo degli oneri deducibili. Sono esclusi gli altri familiari indicati nell'art. 433 del codice civile.
Nucleo familiare: il dipendente e l'insieme dei familiari, risultante dallo stato di famiglia
Nucleo familiare fiscalmente a carico: Ai fini del presente capitolato, l'insieme dei familiari fiscalmente a carico del dipendente, come definiti sopra
Polizza: il documento che prova l'assicurazione/ Assistenza
Polizza base: assicurazione/assistenza base dedicata al dipendente in servizio e al suo nucleo familiare fiscalmente a carico, con premio/ contributo interamente a carico dell'Amministrazione contraente
Inclusione facoltativa nella Polizza base: estensione facoltativa dell'assicurazione/ assistenza prevista nella Polizza base anche ai familiari fiscalmente non a carico del dipendente in servizio, con premio/contributo a carico dell'assicurato/ assistito
Polizza facoltativa per il personale in quiescenza: assicurazione/assistenza facoltativa dedicata al dipendente in quiescenza e ai familiari fiscalmente a carico, con premio/ contributo a carico dell'assicurato/ assistito. La polizza può essere estesa ai familiari fiscalmente non a carico del personale in quiescenza, con premio/contributo a carico dell'assicurato/ assistito, versato a parte. La polizza avrà validità fino al compimento del 75° anno di età da parte di ogni assicurato/ assistito e comunque fino al termine dell'anno assistenziale
Polizza aggiuntiva: assicurazione/ assistenza aggiuntiva rispetto a quella prevista nella polizza base e nella polizza facoltativa per il personale in quiescenza, con prestazioni ulteriori rispetto a quelle già comprese nelle due polizze e nell'innalzamento dei relativi massimali, dedicata sia al dipendente in servizio e al suo nucleo familiare fiscalmente a carico sia al dipendente in quiescenza e al suo nucleo familiare fiscalmente a carico, con premio/ contributo interamente a carico dell'assicurato/ assistito. Nel presente capitolato sono previste tre polizze aggiuntive denominate rispettivamente: 1) "SILVER"; 2) "GOLD"; 3) "PLATINUM
Inclusione nella Polizza aggiuntiva: estensione dell' assicurazione/ assistenza prevista nella Polizza aggiuntiva anche ai familiari fiscalmente non a carico del dipendente in servizio o del dipendente in quiescenza, con premio/ contributo a carico dell'assicurato/assistito. Può avvenire solo dopo l'avvenuta inclusione facoltativa nella polizza base o nella polizza facoltativa per il personale in quiescenza, da parte degli stessi. Nel presente capitolato sono

consentite le inclusioni in tutte e tre le polizze aggiuntive previste di cui sopra.

Premio/Contributo: la somma dovuta al fornitore/ fondo sanitario

Premio/Contributo a carico dell' Amministrazione contraente: la somma dovuta dall'Amministrazione contraente al fornitore/ fondo sanitario

Premio/Contributo a carico dell'assicurato/ assistito: la somma dovuta dall'assicurato/ assistito al fornitore/ fondo sanitario

Massimale/Limite di Assistenza: Gli importi stabiliti nel presente Capitolato che rappresentano le spese massime che il fornitore/fondo sanitario si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato/assistito per le relative garanzie e/o prestazioni previste

Scoperto: la percentuale prestabilita della spesa sostenuta che, in caso di sinistro, rimane a carico dell'assicurato/assistito e per la quale il fornitore/ fondo sanitario non riconosce l'indennizzo

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

Indennizzo o indennità: la somma dovuta dal fornitore/fondo sanitario all'assicurato/assistito, a titolo di rimborso a causa di sinistro o evento

Sinistro: il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione/assistenza

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

Malattia: Qualunque alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

Grave malattia: ogni malattia elencata nell'elenco "Gravi malattie" identificate come tali nell'apposito elenco del capitolato

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

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

Ricoveri per lunga degenza: i ricoveri determinati da condizioni fisiche dell'assicurato/assistito che rendono necessaria la permanenza in un Istituto di cura per interventi di carattere esclusivamente assistenziale o fisioterapico di mantenimento eccedenti i 3 mesi

Intervento chirurgico: la tecnica terapeutica mediante uso di strumenti chirurgici, nonché la diatermocoagulazione, la crioterapia, la laserterapia operativa

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

Intervento chirurgico ambulatoriale: Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza dell'assicurato/assistito in regime di ricovero (diurno e / o con pernottamento) nel post-intervento

Accertamento diagnostico: Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una patologia da malattia o infortunio , a carattere anche cruento e/o invasivo

Istituto di Cura: ogni struttura sanitaria, pubblica o privata (Policlinico Universitario, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico-IRCCS, Ospedale, Clinica, o Casa di Cura) regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna

Struttura sanitaria convenzionata Istituto di cura come sopra definito, poliambulatorio, centro specialistico e qualunque altra struttura abilitata ad erogare prestazioni diagnostiche e/o ambulatoriali e/o terapeutiche, con cui il fornitore/fondo sanitario ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni e che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti all'assicurato/assistito se non nei limiti dallo scoperto o della franchigia, in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto nel presente capitolato, direttamente dal fornitore/fondo sanitario

Medici: Professionisti, compresi i dentisti, operanti sia in Strutture Sanitarie convenzionate sia in Strutture Sanitarie non convenzionate. Se convenzionati con il fornitore/fondo sanitario forniscono le proprie prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti all'assicurato/assistito se non nei limiti dallo scoperto o della franchigia, in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto nel presente capitolato, direttamente dal fornitore/fondo sanitario

Equipe operatoria: il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento
"Rete" o "Network": complesso delle strutture sanitarie, pubbliche o private, medici e dentisti direttamente convenzionati con il fornitore/fondo sanitario
Ricovero: la degenza comportante pernottamento/i nell'istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera
Retta di degenza: Importo relativo al costo del trattamento alberghiero e di assistenza medico-infermieristica forniti dalla struttura sanitaria
Day hospital: il ricovero in istituto di Cura che non comporta pernottamento
S.S.N.: Servizio Sanitario Nazionale

ART.1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE/ASSISTENZA
Servizio di copertura integrativa delle spese sanitarie per il personale della Presidenza del Consiglio dei ministri.
I rischi sono assunti dal fornitore/fondo sanitario indipendentemente da visita medica preliminare.

ART.2. ASSICURATI/ASSISTITI
L'assicurazione/assistenza dovrà essere prestata dal fornitore/fondo sanitario a favore degli assicurati/assistiti.
Per assicurato/assistito si intende Il soggetto beneficiario nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione/ assistenza.
Il suddetto beneficiario potrà essere, a seconda delle polizze stipulate:
il dipendente in servizio e il suo nucleo familiare fiscalmente a carico, compresi il convivente more uxorio e i relativi figli conviventi;
il dipendente in quiescenza (fino al compimento del 75° anno di età e comunque fino al termine dell'anno assistenziale) e il suo nucleo familiare fiscalmente a carico, compresi il convivente more uxorio e i relativi figli conviventi;
il dipendente cessato (limitatamente alla prima scadenza annuale dell'assicurazione/ assistenza) e il suo nucleo familiare fiscalmente a carico, compresi il convivente more uxorio e i relativi figli conviventi;
i familiari non fiscalmente a carico del dipendente in servizio, in quiescenza e cessato (in questo ultimo caso limitatamente alla prima scadenza annuale dell'assicurazione/ assistenza)

ART.3. POLIZZE ED OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE/ ASSISTENZA
La polizza è il documento che prova l'assicurazione/ assistenza.
L'assicurazione/assistenza sarà prestata dal fornitore/fondo sanitario, a secondo dei casi, per le seguenti polizze:

Polizza base: assicurazione/assistenza base, dedicata al dipendente in servizio e al suo nucleo familiare fiscalmente a carico, con premio/ contributo interamente a carico dell'Amministrazione contraente;
Inclusione facoltativa nella Polizza base: estensione facoltativa dell'assicurazione/ assistenza prevista nella Polizza base anche ai familiari fiscalmente non a carico del dipendente in servizio, con premio/contributo a carico dell'assicurato/assistito;

Polizza facoltativa per il personale in quiescenza: assicurazione/assistenza facoltativa dedicata al dipendente in quiescenza e ai familiari fiscalmente a carico, con premio/ contributo a carico dell'assicurato/ assistito. La polizza può essere estesa ai familiari fiscalmente non a carico del personale in quiescenza, con premio/contributo a carico dell'assicurato/ assistito, versato a parte. La polizza avrà validità fino al compimento del 75° anno di età da parte di ogni assicurato/ assistito e comunque fino al termine dell'anno assistenziale.-

Polizza aggiuntiva: assicurazione/ assistenza aggiuntiva rispetto a quella prevista nella polizza base e nella polizza facoltativa per il personale in quiescenza, con prestazioni ulteriori rispetto a quelle già comprese nelle due polizze e nell'innalzamento dei relativi massimali, dedicata sia al dipendente in servizio e al suo nucleo familiare fiscalmente a carico sia al dipendente in quiescenza e al suo nucleo familiare fiscalmente a carico, con premio/ contributo interamente a carico dell'assicurato/ assistito. Nel presente capitolato sono previste tre polizze

aggiuntive denominate rispettivamente: 1) "SILVER"; 2) "GOLD"; 3) "PLATINUM"
Inclusione nella Polizza aggiuntiva: estensione dell' assicurazione/ assistenza prevista nella Polizza aggiuntiva anche ai familiari fiscalmente non a carico del dipendente in servizio o del dipendente in quiescenza, con premio/ contributo a carico dell'assicurato/assistito. Può avvenire solo dopo l'avvenuta inclusione facoltativa nella polizza base o nella polizza facoltativa per il personale in quiescenza, da parte degli stessi. Nel presente capitolato sono consentite le inclusioni in tutte e tre le polizze aggiuntive previste di cui sopra.

Nell'ambito di tutte le citate polizze, l'assicurazione/ assistenza è operante:
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assicurati/assistiti;
- senza limitazioni territoriali;
- durante il permanere del rapporto di lavoro del dipendente con l'Amministrazione e fino alla prima scadenza annuale dell'assicurazione/ assistenza in caso di cessazione (per cause diverse dalla quiescenza) del rapporto di lavoro per il personale del ruoli;
- durante il permanere del rapporto di lavoro con l'Amministrazione e fino alla data di cessazione del comando per il personale in posizione di prestito;
- durante il periodo di quiescenza fino al compimento del 75° anno di età e comunque fino al termine dell'anno assistenziale

ART.4. PREMIO/CONTRIBUTO, MASSIMALE/LIMITE DI ASSISTENZA, SCOPERTO, FRANCHIGIA INDENNIZZO/ INDENNITÀ

Per "**Premio/Contributo**" si intende la somma dovuta al fornitore/ fondo sanitario.
Il Premio/Contributo sarà a carico della Amministrazione contraente solo per la polizza base.
Il Premio/Contributo sarà invece a carico dell'assicurato/assistito per: inclusione facoltativa nella polizza base, polizza facoltativa per il personale in quiescenza, polizza aggiuntiva e inclusione nella polizza aggiuntiva

Per "**Massimale/Limite di Assistenza**" si intendono gli importi stabiliti nel presente Capitolato che rappresentano le spese massime che il fornitore/fondo sanitario si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato/assistito per le relative garanzie e/o prestazioni previste

Per "**Scoperto**" si intende la percentuale prestabilita della spesa sostenuta che, in caso di sinistro, rimane a carico dell'assicurato/assistito e per la quale il fornitore/ fondo sanitario non riconosce l'indennizzo

Per "**Franchigia**" si intende la somma, determinata in misura fissa che dedotta dall'indennità, resta a carico dell'assicurato/ assistito

Per "**Indennizzo" o "indennità**" si intende la somma dovuta dal fornitore/fondo sanitario all'assicurato/ assistito, a titolo di rimborso.

ART.5. NETWORK, STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA E MEDICI

Per "**Network**" si intende il complesso delle strutture sanitarie, pubbliche o private, dei medici e dei dentisti direttamente convenzionati con il fornitore/fondo sanitario.
Per "**Struttura sanitaria convenzionata**" si intende un Istituto di cura, un poliambulatorio o un centro specialistico con cui il fornitore/fondo sanitario ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni e che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti all'assicurato/assistito se non nei limiti dallo scoperto o della franchigia, in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto nel presente capitolato, direttamente dal fornitore/fondo sanitario.
Per "**Medici**" si intende professionisti, compresi i dentisti, operanti sia in Strutture Sanitarie convenzionate sia in Strutture Sanitarie non convenzionate. I medici possono essere direttamente convenzionati con il fornitore/fondo

sanitario e in tal caso forniscono le proprie prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti all'assicurato/assistito se non nei limiti dallo scoperto o della franchigia, in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto nel presente capitolato, direttamente dal fornitore/fondo sanitario
Per "**Equipe operatoria**" si intende il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento. L'"equipe operatoria" può essere direttamente convenzionata con il fornitore/fondo sanitario e in tal caso fornisce le proprie prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti all'assicurato/ assistito se non nei limiti dallo scoperto o della franchigia".
Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'assicurato/assistito può rivolgersi direttamente al "Network" del fornitore/fondo sanitario (assistenza diretta).

In alternativa (assistenza indiretta) l'assicurato/assistito può rivolgersi:

- a Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate, con medici non convenzionati o equipe operatoria non convenzionata. In questo caso il pagamento sarà totalmente anticipato dall'assicurato/assistito e successivamente rimborsato dal fornitore/fondo sanitario entro 60 giorni, con l'applicazione dello scoperto e delle franchigie previsti.

- in forma "mista", a) a struttura convenzionata con medici non convenzionati e/o equipe medica non convenzionata, oppure b) struttura non convenzionata con medici convenzionati e/o equipe medica convenzionata. In questo caso solo la parte convenzionata sarà fornita senza richiedere anticipi o pagamenti all'assicurato/assistito se non nei limiti dallo scoperto o della franchigia, mentre la parte non convenzionata sarà anticipata dall'assicurato/assistito e successivamente rimborsata dal fornitore/fondo sanitario entro 60 giorni, con l'applicazione dello scoperto e delle franchigie previsti.

- al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate con costo a completo carico del S.S.N., verrà corrisposta all'Assicurato/ Assistito l'indennità sostitutiva di € 50,00 al giorno, per un massimo di 90 gg./assistito /assicurato, o nucleo/anno. Tale corresponsione è previsto solo nelle polizze aggiuntive

ART.6. MASSIMALI

6.1 Massimali Polizza Base (con premio/contributo interamente a carico dell'Amministrazione contraente)
Per il dipendente in servizio ed il proprio nucleo familiare fiscalmente a carico, gli indennizzi saranno erogati, per le prestazioni di cui al presente Capitolato, fino alla concorrenza di una somma complessiva di **€ 150.000,00/anno/nucleo**, intesa quale disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti del nucleo familiare per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale.
In caso di "grande intervento chirurgico", la suddetta somma è automaticamente aumentata, fino alla concorrenza di una somma complessiva di **€ 200.000,00/anno/nucleo.**
Nel caso di Inclusione facoltativa nella Polizza base da parte dei familiari fiscalmente non a carico del dipendente in servizio, i massimali verranno aumentati del 20% qualora il numero dei familiari non fiscalmente a carico inclusi sia maggiore di 2.

6.2 Massimali Polizza Facoltativa per il personale in quiescenza (con premio/contributo interamente a carico dell'assicurato/assistito)
Per il dipendente in quiescenza, il proprio nucleo familiare fiscalmente a carico e i familiari fiscalmente non a carico ai quali la polizza è stata estesa (fino al compimento del 75° anno di età di ogni assicurato/assistito e comunque fino al termine dell'anno assistenziale) gli indennizzi saranno erogati, per le prestazioni di cui al presente Capitolato, fino alla concorrenza di una somma complessiva di **€ 75.000,00/anno/nucleo**, intesa quale disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti del nucleo familiare per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale.
In caso di "grande intervento chirurgico", la suddetta somma è automaticamente aumentata, fino alla concorrenza di una somma complessiva di **€ 150.000,00/anno/nucleo.**
Nel caso di Inclusione nella Polizza da parte dei familiari fiscalmente non a carico del dipendente in quiescenza, i massimali verranno aumentati del 20% qualora il numero dei familiari non fiscalmente a carico inclusi sia

maggiore di 2.

6.3 Massimali Polizza Aggiuntiva "SILVER" (con premio/contributo interamente a carico dell'assicurato/assistito)

Per il dipendente in servizio ed il proprio nucleo familiare fiscalmente a carico il massimale annuo di assistenza di cui all'art. 6.1, in caso di "gravi malattie" è innalzato **da € 150.000,00 ad € 200.000,00 /anno/nucleo.**

Per il dipendente in quiescenza ed il proprio nucleo familiare fiscalmente a carico il massimale annuo di assistenza di cui all'art. 6.2, in caso di "gravi malattie" verrà innalzato **da € 75.000,00 ad € 150.000,00.**

Nel caso di inclusione nella Polizza aggiuntiva SILVER da parte dei familiari fiscalmente non a carico del dipendente in servizio e del dipendente in quiescenza, i massimali non verranno aumentati proporzionalmente al numero dei familiari inclusi.

6.4 Massimali Polizza Aggiuntiva "GOLD" (con premio/contributo interamente a carico dell'assicurato/assistito)

Per il dipendente in servizio ed il proprio nucleo familiare fiscalmente a carico il massimale annuo di assistenza di cui all'art. 6.1, in caso di "gravi malattie" è innalzato **da € 150.000,00 ad € 200.000,00 /anno/nucleo.**

Per il dipendente in quiescenza ed il proprio nucleo familiare fiscalmente a carico il massimale annuo di assistenza di cui all'art. 6.2, in caso di "gravi malattie" verrà innalzato **da € 75.000,00 ad € 150.000,00.**

Nel caso di Inclusione facoltativa nella Polizza aggiuntiva GOLD da parte dei familiari fiscalmente non a carico del dipendente in servizio e del dipendente in quiescenza, i massimali non verranno aumentati proporzionalmente al numero dei familiari inclusi.

6.5 Massimali Polizza Aggiuntiva "PLATINUM" (con premio/contributo interamente a carico del'l'assicurato/assistito)

Per il dipendente in servizio ed il proprio nucleo familiare fiscalmente a carico il massimale annuo di assistenza di cui all'art. 6.1, in caso di "gravi malattie" è innalzato **da € 150.000,00 ad € 200.000,00 /anno/nucleo.**

Per il dipendente in quiescenza ed il proprio nucleo familiare fiscalmente a carico il massimale annuo di assistenza di cui all'art. 6.2, in caso di "gravi malattie" verrà innalzato **da € 75.000,00 ad € 150.000,00.**

Nel caso di Inclusione facoltativa nella Polizza aggiuntiva PLATINUM da parte dei familiari fiscalmente non a carico del dipendente in servizio e del dipendente in quiescenza, i massimali non verranno aumentati proporzionalmente al numero dei familiari inclusi.

ART.7. PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA BASE

7.1 PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO STRUTTURE SANITARIE

Il Fornitore/fondo sanitario dovrà rimborsare:

7.1.1 in caso di ricovero in Strutture sanitarie per "grande intervento chirurgico", per malattia o infortunio, di cui all' ALLEGATO 1:

le rette di degenza per il periodo del ricovero;

gli onorari dell'equipe operatoria (chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento);

i diritti di sala operatoria ed Il materiale di intervento (compresi apparecchi protesici, terapeutici ed endoprotesici applicati durante l'intervento); l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali durante il ricovero;

gli onorari dei medici e chirurghi, gli accertamenti diagnostici,i medicinali, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, nei novanta giorni precedenti il ricovero;

gli onorari dei medici e chirurghi, gli accertamenti diagnostici, i medicinali (con prescrizione medica), i trattamenti

fisioterapici e rieducativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere) nei novanta giorni successivi al ricovero; nel caso di trapianto si intendono comprese le spese sostenute a fronte di espianto da donatore;

7.1.2 in caso di ricovero in Strutture sanitarie per gravi malattie o infortunio che non comporti intervento chirurgico, di cui all'ALLEGATO 2:

- le rette di degenza per il periodo del ricovero;
- l'assistenza medica ed infermieristica, gli accertamenti diagnostici, gli onorari medici per prestazioni specialistiche, i trattamenti e i medicinali riguardanti il periodo di ricovero per un massimo di gg. trenta di ricovero /anno per il singolo e nucleo familiare a carico ;

7.2 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI DA PARTE DEL FORNITORE/FONDO SANITARIO, SCOPERTO E MODALITA' DI EROGAZIONE DEGLI EVENTUALI RIMBORSI

Per i ricoveri previsti ai punti 7.1.1 e 7.1.2, come già previsto all'art. 5, l'Assicurato/Assistito può rivolgersi:

direttamente al "Network" del fornitore/ fondo sanitario (sia struttura sanitaria che "equipe operatoria" che medici): In tal caso il pagamento delle prestazioni sarà interamente a carico del fornitore/fondo sanitario, senza franchigie o scoperti a carico dell'assicurato/ assistito (assistenza diretta);

In alternativa (assistenza indiretta) l'assicurato/assistito può rivolgersi:
a Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate, con "equipe operatoria" non convenzionata o medici non convenzionati: in questo caso il pagamento sarà totalmente anticipato dall'assicurato/assistito e rimborsato successivamente, entro 42 giorni, dal fornitore/ fondo sanitario, con l'applicazione dello scoperto del 19% e una franchigia di € 950,00.

in forma "mista": a) a struttura convenzionata con "equipe operatoria" non convenzionata o medici non convenzionati, oppure b) struttura non convenzionata con "equipe operatoria" convenzionata o medici convenzionati: in entrambi i casi il pagamento delle sole prestazioni convenzionate sarà interamente a carico del fornitore/fondo sanitario, senza franchigie o scoperti a carico dell'assicurato/ assistito, mentre il pagamento delle prestazioni non convenzionate sarà totalmente anticipato dall'assi curato/assistito e rimborsato successivamente, entro 42 giorni, dal fornitore/ fondo sanitario, con l'applicazione dello scoperto del 19% e una franchigia di € 950,00.

al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.): in tal caso qualora l'assicurato/assistito sostenga, durante il ricovero presso una struttura sanitaria pubblica, spese per trattamento alberghiero in camera a pagamento: **a)** qualora la struttura sanitaria pubblica faccia parte del "Network", il pagamento sarà interamente a carico del fornitore/fondo sanitario, senza franchigie o scoperti a carico dell'assicurato/ assistito; **b)** qualora la struttura sanitaria non faccia parte del "Network", il pagamento sarà totalmente anticipato dall'assicurato/ assistito e rimborsato successivamente, entro 42 giorni, dal fornitore/ fondo sanitario, con l'applicazione dello scoperto del 19% e una franchigia di € 950. Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativi oneri a carico dell'assicurato/assistito, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto stabilito nei punti precedenti a seconda che le prestazioni siano svolte in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con il Fornitore ed effettuate da medici convenzionati o non convenzionati.

Il fornitore/fondo assistenza dovrà inoltre rimborsare:
le spese di trasporto dell'assicurato/assistito infermo all'Istituto di cura (e in uscita quando dichiarato dai medici "non trasportabile" in auto privata), con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ad eccezione dell'autovettura privata), in Italia, con un rimborso massimo di € 300 per evento;
le spese di trasporto in ambulanza, in caso di ricovero all'estero, dalla residenza temporanea alla struttura nosocomiale, con un rimborso massimo di € 300 per evento.

Nei casi in cui nella località ove sono ubicate le sedi periferiche dell'Amministrazione (Aosta, Cagliari, Caserta, Napoli, Palermo, Torino, Trieste) non siano presenti strutture sanitarie convenzionate con il fornitore/ fondo assistenza ovvero nei casi in cui, per la presenza di una lista di attesa, la struttura non possa effettuare un ricovero urgente, verranno rimborsate agli assicurati/assistiti le spese per il trasporto ferroviario, andata e ritorno in 1° classe, dal luogo di residenza al capoluogo di provincia in cui sono presenti strutture sanitarie convenzionate. Per gli assicurati/assistiti residenti in Sicilia e in Sardegna, il rimborso riguarderà anche il trasporto aereo o navale, da e per il continente.

7.3 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI

Il Fornitore/fondo sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere e/o ambulatoriali:

Amniocentesi (se eseguita dopo il 35 anno di età)
Angiografia (anche digitale)
Arterografia
Broncografia
Cisternografia
Cistografia
Cistouretrografia
Colangiografia intravenosa
Colangiografia percutanea (PTC)
Colangiografia retrograda
Colangiografia trans Kehr
Colecistografia
Dacriocistografia
Defecografia
Ecocardiografie
Ecocolordoppler
Elettroencefalogramma
Elettromiografia
Fistolografia
Flebografia
Fluorangiografia
Endoscopie senza o con sedazione, biopsie ed esame istologico
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mammografia o Mammografia Digitale
Mielografia
OCT
Retinografia
PET e SPECT
Potenziali evocati uditivi, visivi, somatosensoriali
Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) senza o con mezzo di contrasto (inclusa angio RMN)
Scintigrafie
Scialografia
Splenoportografia
Studio radiologico della deglutizione
Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) senza o con mezzo di contrasto, comprese le endoscopie virtuali
Vesciculodeferentografia
Videoangiografia
Wirsungrafia

Per le prestazioni previste nel presente punto l'assicurato/assistito può rivolgersi direttamente al "Network" del fornitore/fondo sanitario, con uno scoperto a carico dell'assicurato/assistito pari al 19%.

In alternativa (assistenza indiretta) l'assicurato/assistito può rivolgersi a Strutture sanitarie private o pubbliche

non convenzionate: in questo caso il pagamento sarà totalmente anticipato dall'assicurato/assistito e rimborsato successivamente, entro 42 giorni, dal fornitore/ fondo sanitario, con l'applicazione dello scoperto del 19%.
L'assicurato/assistito può rivolgersi altresì al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o a strutture con questo convenzionate. In tal caso il fornitore/fondo sanitario rimborserà successivamente, entro 42 giorni, il costo totale del ticket.

E' necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.
Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per singolo assicurato/assistito o nucleo familiare.

7.4 CURE ONCOLOGICHE
Il fornitore/fondo sanitario dovrà rimborsare entro il massimale di € 2.500 anno/nucleo, con scoperto a carico dell'assicurato/assistito pari al 20%, e minimo non rimborsabile di 60 €, le spese sostenute a seguito di patologie oncologiche maligne per:
- visite specialistiche;
- terapie radianti;
- chemioterapia;
- assistenza infermieristica domiciliare.

ART.8. PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA FACOLTATIVA PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA
Come previsto all'art. 3, la Polizza facoltativa è dedicata al dipendente in quiescenza (fino al compimento del 75° anno di età e comunque fino al termine dell'anno assistenziale), ai familiari fiscalmente a carico con premio/ contributo a carico dell'assicurato/ assistito. In base allo stesso articolo, la stessa polizza può essere estesa ai familiari fiscalmente non a carico del personale in quiescenza, con premio/contributo a carico dell'assicurato/ assistito, versato a parte.
Fermo restando quanto previsto all'art. 6 per quanto concerne i massimali, le prestazioni per queste Polizza Facoltativa corrispondono a quelle previste per la Polizza Base, di cui all'art. 7, con medesime franchigie e scoperti.

ART.9. PRESTAZIONI PREVISTE NELLE POLIZZE AGGIUNTIVE
Come disposto nel precedente art.3, per "Polizza aggiuntiva" si intende l'assicurazione/ assistenza aggiuntiva rispetto a quella prevista nella polizza base e nella polizza facoltativa per il personale in quiescenza, con prestazioni ulteriori rispetto a quelle già comprese nelle due polizze e nell'innalzamento dei relativi massimali, dedicata sia al dipendente in servizio e al suo nucleo familiare fiscalmente a carico sia al dipendente in quiescenza e al suo nucleo familiare fiscalmente a carico, con premio/ contributo interamente a carico dell'assicurato/ assistito. Nel presente capitolato sono previste tre polizze aggiuntive denominate rispettivamente: 1) SILVER; 2) GOLD; 3) PLATINUM

9.1 PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA AGGIUNTIVA "SILVER"
I massimali sono quelli previsti nell'art. 6.3 per la Polizza aggiuntiva.
Oltre alle prestazioni previste per la Polizza base e la Polizza facoltativa per il personale in quiescenza, il fornitore/fondo sanitario dovrà erogare indennizzi all'assicurato/assistito per le seguenti ulteriori prestazioni:
9.1.1 PRESTAZIONI
9.1.1/A RICOVERI
Oltre alle garanzie riguardanti i ricoveri per "grande intervento chirurgico" e per "gravi malattie" previste dalla Polizza base e dalla Polizza facoltativa per il personale in quiescenza, nella Polizza aggiuntiva SILVER sono previsti, nei limiti del massimale di € 50.000 per anno/nucleo, comunque non cumulabile con i massimali previsti nell'art. 6.3, i seguenti rimborsi: tutti i ricoveri con intervento, i ricoveri in day hospital, i ricoveri senza intervento non previsti negli Allegati 1 e 2.

In totale regime di convenzione diretta (in network sia la struttura sanitaria, sia l'equipe medica) senza franchigie e scoperti;

in regime rimborsuale fuori network, con lo scoperto del 19% e la franchigia di € 950,00.

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

sulla parte di spesa relativa al ricovero presso la Struttura Sanitaria Convenzionata senza franchigie e scoperti; sulla parte di rimborso per l'equipe medica non convenzionata verrà applicato uno scoperto del 19% con il minimo di € 950,00.

Inoltre è prevista garanzia per:

- parto naturale (con un massimo rimborsabile di € 2000,00/anno/nucleo)
- parto cesareo/aborto (con un massimo rimborsabile di € 4000,00 / anno/nucleo)
- interventi ambulatoriali (con un massimo rimborsabile di € 1000,00 / anno/nucleo)
- laserterapia a scopo fisioterapico e oftalmologico, laserterapia operativa (con un massimo rimborsabile di € 1000,00/anno/nucleo)

Prestazioni fruite in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'assicurato/assistito sostenga durante il ricovero in strutture del Servizio sanitario Nazionale, spese per trattamento alberghiero in camera a pagamento presso struttura pubblica, il Fornitore/Fondo sanitario rimborserà per tutti i ricoveri direttamente tutta la somma se la struttura è convenzionata con il Fornitore/Fondo sanitario; con scoperto del 19% e franchigia di € 950,00 qualora la Struttura sanitaria non sia convenzionata. I rimborsi avverranno nel limite dei massimali previsti per i ricoveri per "grandi interventi chirurgici" e "gravi malattie" e in quelli previsti per gli altri tipi di ricovero.

9.1.1/B PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE: ACCERTAMENTI e PRESTAZIONI di ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE

Il Fornitore/Fondo sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 7.3 della Polizza base conseguenti a malattia o a infortunio nel limite di € 1100,00 per anno per assicurato/assistito/nucleo, con lo scoperto del 19 % a carico dell'assicurato/assistito.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fornitore/Fondo sanitario, le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dal Fornitore/Fondo sanitario alle strutture medesime, con lo scoperto del 19 % a carico dell'assicurato/assistito. In caso di strutture non convenzionate il pagamento è anticipato dall'assicurato/assistito e rimborsato a questi dal Fornitore/Fondo sanitario.

Il Fornitore/Fondo sanitario provvede inoltre al pagamento delle spese per le visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio nel limite di € 500,00 per anno per assicurato/assistito/nucleo, con lo scoperto del 20 % a carico dell'assicurato/assistito, con l'esclusione delle visite in età pediatriche effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia per il rimborso delle visite specialistiche è necessaria una prescrizione del medico di famiglia (medico di medicina generale) contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale medico specialista convenzionato con il Fornitore/Fondo sanitario, le spese per le prestazioni erogate all'assicurato/assistito vengono liquidate direttamente dal Fornitore alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 50,00 per ogni visita specialistica. In caso di strutture non convenzionate il pagamento è anticipato dall'assicurato/assistito e rimborsato a questi dal Fornitore/Fondo sanitario salvo la franchigia.

Nel caso in cui l'assicurato/assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale per le prestazioni in cui è previsto il ticket a carico dell'assicurato/ assistito, il Fornitore/Fondo sanitario ne rimborsa la spesa entro il limite di € 200,00/anno/nucleo.

9.1.2 CURE ONCOLOGICHE

Il Fornitore/Fondo sanitario dovrà rimborsare entro un limite assistenziale di € 3.000,00 anno/nucleo, con scoperto a carico dell'assistito pari al 20 %, e minimo non rimborsabile di € 60,00, le spese sostenute a seguito di patologie oncologiche per:

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

9.2 PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA AGGIUNTIVA "GOLD"

I massimali sono quelli previsti nell'art. 6.4 per la "Polizza aggiuntiva".
Oltre alle prestazioni previste per la "Polizza base", il Fornitore/Fondo sanitario dovrà erogare indennizzi all'assicurato/assistito per le seguenti ulteriori prestazioni:

9.2.1 PRESTAZIONI

9.2.1/A RICOVERI

Oltre alle garanzie riguardanti i ricoveri per "grande intervento chirurgico" e per "gravi malattie" previste dalla Polizza base e dalla Polizza facoltativa per il personale in quiescenza, nella Polizza aggiuntiva GOLD sono previsti, nei limiti del massimale di € 60.000 per anno/nucleo, comunque non cumulabile con i massimali previsti nell'art. 6.4, i seguenti rimborsi: tutti i ricoveri con intervento, i ricoveri in day hospital, i ricoveri senza intervento non previsti negli Allegati 1 e 2.

In totale regime di convenzione diretta (in network sia la struttura sanitaria, sia l'equipe medica) senza franchigie e scoperti.

in regime rimborsuale fuori network, con lo scoperto del 9,5% e la franchigia di € 950.

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

sulla parte di spesa relativa al ricovero presso la Struttura Sanitaria Convenzionata senza franchigie e scoperti;

sulla parte di rimborso per l'equipe medica non convenzionata verrà applicato uno scoperto del 9,5% e la franchigia di € 950.

Il Fornitore/Fondo sanitario dovrà inoltre rimborsare:
le spese di trasporto dell'assicurato/assistito infermo all'Istituto di cura (e in uscita quando dichiarato dai medici "non trasportabile" in auto privata), con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ad eccezione dell'autovettura privata), in Italia;
le spese di trasporto in ambulanza, in caso di ricovero all'estero, dalla residenza temporanea alla struttura nosocomiale, con un rimborso massimo di € 500,00 per evento.
Nei casi in cui nella località ove sono ubicate le sedi periferiche dell'Amministrazione contraente non siano presenti strutture sanitarie convenzionate con il Fornitore/Fondo sanitario ovvero nei casi in cui, per la presenza di una lista di attesa, la struttura non possa effettuare un ricovero urgente, verranno rimborsate agli assicurati/assistiti le spese per il trasporto ferroviario, andata e ritorno in 1° classe, dal luogo di residenza al capoluogo di provincia in cui sono presenti strutture sanitarie convenzionate. Per gli assistiti della Sicilia e della Sardegna, il rimborso riguarderà anche il trasporto aereo o navale, da e per il continente.
Inoltre è prevista garanzia per:

- parto naturale (con un massimo rimborsabile di € 2000,00 / anno/nucleo);
- parto cesareo /aborto (con un massimo rimborsabile di € 4000,00 / anno/nucleo);

- interventi ambulatoriali (con un massimo rimborsabile di € 1000,00 / anno/nucleo);
- laserterapia a scopo fisioterapico e oftalmologico, laserterapia operativa (con un massimo rimborsabile di € 1000,00/anno/nucleo)

Ricoveri nelle Strutture del Servizio Sanitario Nazionale
Qualora l'assicurato/assistito sostenga durante il ricovero nel Servizio sanitario Nazionale spese per trattamento alberghiero in camera a pagamento presso struttura pubblica il Fornitore/Fondo sanitario rimborserà per tutti i ricoveri direttamente tutta la somma se la struttura è convenzionata con il Fornitore/Fondo sanitario, con lo scoperto del 9,5% e la franchigia di € 950 qualora la Struttura non sia convenzionata. I rimborsi avverranno nel limite dei massimali previsti per i ricoveri per "grandi interventi chirurgici"e "gravi malattie" e in quelli previsti per gli altri tipi di ricovero.
Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate con costo a completo carico del S.S.N., verrà corrisposta all'assicurato/ assistito l'indennità sostitutiva di € 50,00 al giorno, per un massimo di 90 gg. per assicurato/assistito o nucleo/anno.

9.2.1 /B PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE: ACCERTAMENTI e PRESTAZIONI di ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE
Il Fornitore/Fondo sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 7.3 della Polizza base conseguenti a malattia o a infortunio nel limite di € 1200,00 per anno per assistito / nucleo , con lo scoperto del 19% a carico dell'assicurato/assistito.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fornitore/Fondo sanitario, le spese per le prestazioni erogate all'assicurato/assistito vengono liquidate direttamente dal Fornitore/Fondo sanitario alle strutture medesime, con lo scoperto del 19% a carico dell'assistito. In caso di strutture non convenzionate il pagamento è anticipato dall'assicurato/assistito e rimborsato a questi dal Fornitore/Fondo sanitario salvo lo scoperto.

Il Fornitore/Fondo sanitario provvede inoltre al pagamento delle spese per le visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio nel limite di € 1000,00 per anno per assicurato/assistito/nucleo, con lo scoperto del 25% a carico dell'assistito. Sono escluse le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e le visite odontoiatriche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.
Per l'attivazione della garanzia per il rimborso delle visite specialistiche è necessaria una prescrizione del medico di famiglia (medico di medicina generale) contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.
I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale medico specialista convenzionato con il Fornitore/Fondo sanitario, le spese per le prestazioni erogate all'assicurato/assistito vengono liquidate direttamente dal Fornitore/Fondo sanitario alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 60,00 per ogni visita specialistica. In caso di strutture non convenzionate il pagamento è anticipato dall'Assistito e rimborsato a questi dal Fornitore salvo la franchigia.

Nel caso in cui l'assicurato/assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale per le prestazioni in cui è previsto il ticket a carico dell'assicurato/ assistito, il Fornitore/Fondo sanitario ne rimborsa la spesa entro il limite di € 250,00/anno/nucleo.

9.2.2 -CURE ONCOLOGICHE
Il Fornitore/Fondo sanitario dovrà rimborsare entro un limite assistenziale di € 5.000,00 anno/nucleo, con scoperto a carico dell'assistito pari al 20%, e minimo non rimborsabile di € 60,00, le spese sostenute a seguito di patologie oncologiche per:
- visite specialistiche;
- terapie radianti;

- chemioterapia;
- assistenza infermieristica domiciliare.

9.2.3 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI
Il Fornitore/Fondo sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici laser, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di una certificazioni del medico di famiglia (medico di medicina generale) e di un medico specialista in specialità attinente secondo il tipo di riabilitazione inerente alla patologia denunciata, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Le prestazioni saranno erogate in regime di convenzione direttamente alla struttura, o rimborsuale per strutture sanitarie non convenzionate con il Fornitore/Fondo sanitario, in ambedue i casi con il 35% di scoperto e € 100,00 almeno di franchigia , nel limite di € 1500 / assicurato/assistito / nucleo /anno.

Nel caso in cui l'assicurato/assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fornitore/Fondo sanitario rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurato/assistito per due cicli da 12 sedute.

9.3 PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA AGGIUNTIVA "PLATINUM"
I massimali sono quelli previsti nell'art. 6.5 per la "Polizza aggiuntiva".
Oltre alle prestazioni previste per la "Polizza base", il fornitore/fondo sanitario dovrà erogare indennizzi all'assicurato/assistito per le seguenti ulteriori prestazioni:

9.3.1 PRESTAZIONI

9.3.1/A RICOVERI
Oltre alle garanzie riguardanti i ricoveri per "grande intervento chirurgico" e per "gravi malattie" previste dalla Polizza base e dalla Polizza facoltativa per il personale in quiescenza, nella Polizza aggiuntiva PLATINUM sono previsti, nei limiti del massimale di € 80.000, comunque non cumulabile con i massimali previsti nell'art. 6.5, i seguenti rimborsi: tutti i ricoveri con intervento, i ricoveri in day hospital, i ricoveri senza intervento non previsti negli Allegati 1 e 2.

In totale regime di convenzione diretta (in network sia la struttura sanitaria, sia l'equipe medica): senza franchigie e scoperti;

In regime rimborsuale fuori network, con lo scoperto del 9,5% e la franchigia di € 950,00.

Qualora la degenza abbia luogo presso una struttura convenzionata, ma l'assicurato/assistito si avvalga di equipe medica non convenzionata, è comunque attivabile il regime di assistenza diretta per le spese di ricovero con la Struttura Sanitaria Convenzionata ed i rimborsi avverranno con la seguente modalità:

sulla parte di spesa relativa al ricovero presso la Struttura Sanitaria Convenzionata senza franchigie e scoperti;

sulla parte di rimborso per l'equipe medica non convenzionata verrà applicato uno scoperto del 9,5% con il minimo di € 950,00.

Ricoveri in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale
Qualora l'assicurato/assistito sostenga durante il ricovero nel Servizio Sanitario Nazionale spese per trattamento alberghiero in camera a pagamento presso struttura pubblica il Fornitore/Fondo sanitario rimborserà per tutti i ricoveri direttamente tutta la somma se la struttura è convenzionata con il Fornitore/Fondo sanitario; con scoperto del 9,5% e franchigia di € 950,00 qualora la Struttura non sia convenzionata. I rimborsi avverranno nel limite dei massimali previsti in relazione al tipo di patologia.
Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate con costo a completo carico del S.S.N., verrà corrisposta all'assicurato/ assistito l'indennità sostitutiva di € 70,00 al giorno, per un massimo di 90 gg. per assicurato/assistito o nucleo/anno.

il Fornitore/Fondo sanitario dovrà inoltre rimborsare:
le spese di trasporto dell'assicurato/assistito infermo all'Istituto di cura (e in uscita quando dichiarato dai medici "non trasportabile" in auto privata), con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ad eccezione dell'autovettura privata), in Italia;

Il viaggio di un familiare per il raggiungimento del luogo di ricovero dell'assicurato/assistito se proveniente da un comune diverso da quello di ricovero dell'assicurato/assistito, (rimborso del treno classe prima entro le 6 ore di percorrenza, in treno classe prima o aereo classe economica oltre le 6 ore di percorrenza in treno);

le spese di trasporto in ambulanza, in caso di ricovero all'estero, dalla residenza temporanea alla struttura nosocomiale, (e viceversa se dichiarato "non trasportabile"dai medici locali), con un rimborso massimo di € 800,00 per evento;
nei casi in cui nella località ove sono ubicate le sedi periferiche dell'Amministrazione contraente non siano presenti strutture sanitarie convenzionate con il Fornitore/Fondo sanitario ovvero nei casi in cui, per la presenza di una lista di attesa, la struttura non possa effettuare un ricovero urgente, verranno rimborsate agli assicurati/assistiti le spese per il trasporto ferroviario, andata e ritorno in 1° classe, dal luogo di residenza al capoluogo di provincia in cui sono presenti strutture sanitarie convenzionate. Per gli assicurati/assistiti della Sicilia e della Sardegna, il rimborso riguarderà anche il trasporto aereo o navale, da e per il continente.
Inoltre è prevista garanzia per:

- parto naturale (con un massimo rimborsabile di € 2000,00/anno/nucleo);
- parto cesareo /aborto (con un massimo rimborsabile di € 4000,00/anno/nucleo);
- interventi ambulatoriali (con un massimo rimborsabile di € 1000,00/anno/nucleo);
- laserterapia a scopo fisioterapico e oftalmologico, laserterapia operativa (con un massimo rimborsabile di € 1000,00/anno/nucleo)
- Patologie psichiatriche in fase acuta limitatamente al primo episodio fino ad un massimo di 30 giorni

9.3.1/B PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE: ACCERTAMENTI e PRESTAZIONI di ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE

Il Fornitore/Fondo sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 7.3 della Polizza base conseguenti a malattia o a infortunio nel limite di € 1500,00 per anno per assicurato/assistito/nucleo, con lo scoperto del 19 % a carico dell'assicurato/assistito.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fornitore/Fondo sanitario, le spese per le prestazioni erogate all'assicurato/assistito vengono liquidate direttamente dal Fornitore/Fondo sanitario alle strutture medesime, con lo scoperto del 19 % a carico dell'assicurato/assistito. In caso di strutture non convenzionate il pagamento è anticipato dall'assicurato/assistito e rimborsato a questi dal Fornitore/Fondo sanitario, salvo lo scoperto.
Il Fornitore/Fondo sanitario provvede inoltre al pagamento delle spese per le visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio nel limite di € 1000,00 per anno per assicurato/assistito/nucleo, con lo scoperto del 25% a carico dell'assicurato/assistito, con l'esclusione delle visite in età pediatriche effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia per il rimborso delle visite specialistiche è necessaria una prescrizione del medico di famiglia (medico di medicina generale) contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.
I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale medico specialista convenzionato con il Fornitore/Fondo sanitario, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato/Assistito vengono liquidate direttamente dal Fornitore/Fondo sanitario alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 50,00 per ogni visita specialistica. In caso di strutture non convenzionate il pagamento è anticipato dall'assicurato/assistito e rimborsato a questi dal Fornitore/Fondo sanitario salvo la franchigia.
Nel caso in cui l'assicurato/assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale per le prestazioni in cui è previsto il ticket a carico dell'assicurato/ assistito, il Fornitore/Fondo sanitario ne rimborsa la spesa entro il limite di € 300,00/anno/nucleo.

9.3.2 CURE ONCOLOGICHE

Il Fornitore/Fondo sanitario dovrà rimborsare entro un limite assistenziale di € 10.000,00 anno/nucleo, con scoperto a carico dell'assicurato/assistito pari al 20 %, e minimo non rimborsabile di € 60,00, le spese sostenute a seguito di patologie oncologiche per:

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

9.3.3 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

Il Fornitore/Fondo sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici laser, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di una certificazioni del medico di famiglia (medico di medicina generale) e di un medico specialista in specialità attinente secondo il tipo di riabilitazione inerente alla patologia denunciata, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Le prestazioni saranno erogate in regime di convenzione direttamente alla struttura, o rimborsuale per strutture sanitarie non convenzionate con il Fornitore/Fondo sanitario, in ambedue i casi con il 30% di scoperto e € 100,00 almeno di franchigia, nel limite di € 1000,00 per assicurato/assistito/nucleo/anno.

Nel caso in cui l'assicurato/assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fornitore/Fondo sanitario rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurato/assistito per due cicli da 12 sedute.

Il Fornitore/Fondo sanitario provvede al pagamento delle spese per altri trattamenti fisioterapici, esclusivamente a fini riabilitativi, se necessari per postumi di fratture di segmenti ossei traumatiche o patologiche, postumi di vasculopatie acute cerebrali o cardiache. Il rimborso è previsto solo in presenza di una certificazione del medico di famiglia (medico di medicina generale) e di un medico specialista nella disciplina attinente secondo il tipo di riabilitazione inerente alla patologia denunciata, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa, nel limite di € 1500,00 per assicurato/assistito/nucleo/anno.

9.3.4 MEDICINALI

Per le spese relative ai medicinali mutuabili, il Fornitore/Fondo sanitario provvede al rimborso del ticket a carico dell'assicurato/ assistito, entro il limite di € 150,00/anno/nucleo.

Per le spese relative ai medicinali non mutuabili prescritti a seguito di malattia o infortunio, il Fornitore/Fondo sanitario provvede al rimborso entro il limite di € 350,00 per assistito/assicurato o nucleo /anno.

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

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

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

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

Se il farmaco è mutuabile, ma prescritto dal medico sul ricettario personale, si intenderà valido il massimale dovuto per farmaci mutuabili; il massimale previsto per i farmaci non mutuabili è distinto da quello previsto per i farmaci mutuabili ed è distinto da quest'ultimo.

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

9.3.5 ASSISTENZA INFERMIERISTICA

A seguito di ricovero per "grande intervento chirurgico" o "grave malattie" a di cui agli allegati 1 e 2, il Fornitore/Fondo sanitario garantisce l'erogazione dell'assistenza infermieristica privata individuale da fruirsi nella struttura di ricovero, ove consentito, o a domicilio del paziente entro 40 giorni dalla dimissione. Il rimborso per l'assistenza infermieristica privata individuale è previsto nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 15 giorni.

9.3.6 ALTRI SERVIZI

Il Fornitore/Fondo sanitario provvederà, in caso di patologia acuta in atto che non richieda ricovero urgente, ad organizzare:

1. Una visita specialistica domiciliare con invio del medico specialista (in Italia) individuato tra i

medici convenzionati disponibili nella giornata della richiesta

2. Ricerca ed invio di un infermiere a domicilio (in Italia) per un turno diurno o notturno di assistenza
3. Servizio di spesa a casa in Italia
4. Invio di medicinali all'estero (in vigenza di normativa che ne impedisce l'invio può essere segnalato il medicinale corrispondente disponibile in loco, con rimborso delle spese relative all'acquisto del farmaco).

I predetti servizi di cui ai punti 1 e 2 saranno a carico del Fornitore/Fondo sanitario (max un servizio per singolo assicurato/assistito o nucleo/anno) solo in caso di presentazione di certificazione del medico di base attestante la patologia acuta che necessita di visita specialistica ma non necessita di ricovero urgente, e per quello previsto al punto 4, di certificazione di un medico del Paese ove il soggetto si è ammalato.
In assenza delle suddette certificazioni mediche e per le eventuali esigenze ulteriori dopo la prima, i servizi saranno comunque organizzati dal Fornitore/Fondo sanitario con spesa a carico dell'assicurato/assistito comunicata telefonicamente dal Fornitore/Fondo sanitario in occasione di ciascun servizio.

9.3.7 CHECK UP PREVENTIVI

Il fornitore/fondo sanitario provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate, una volta l'anno entro 7 giorni, dall'assicurato/assistito o nucleo fiscalmente a carico e una volta l'anno entro 7 giorni, da ogni familiare fiscalmente non a carico incluso nella Polizza PLATINUM, in strutture sanitarie convenzionate con il Fornitore/Fondo sanitario:

Prestazioni previste per gli uomini:

prelievo venoso

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL ed LDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di protrombina (PT)
- uricemia
- VES
- PSA

urine: esame chimico, fisico e microscopico

feci: ricerca del sangue occulto

visita urologica

visita cardiologica + Ecg

Prestazioni previste per le donne:

prelievo venoso

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL ed LDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi

- tempo di protrombina (PT)
- uricemia
- VES

urine: esame chimico, fisico e microscopico
feci: Ricerca del sangue occulto
pap-test
visita ginecologica
visita cardiologica + Ecg

9.3.8 CURE DENTALI DA INFORTUNIO
Il fornitore/fondo sanitario provvede al rimborso delle spese sostenute dall'assicurato/assistito per protesi e cure dentarie conseguenti ad infortunio non compreso nelle fattispecie di cui all'Allegato 1, in presenza di certificato di Pronto Soccorso che attesti la data/motivo dell'infortunio e le cure necessarie (ricevute a seguito di infortunio), nel limite annuo di € 2.000,00 per assicurato/assistito o nucleo familiare.
Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di franchigie o scoperti.

ART. 10. SERVIZI DI CONSULENZA FORNITI DALLA CENTRALE OPERATIVA TELEFONICA O TRAMITE SITO INTERNET DEL FORNITORE/FONDO SANITARIO, ATTIVITA' DI PATRONATO PRESSO LA SEDE INDIVIDUATA DALL'AMMINISTRAZIONE E REFERENTE AMMINISTRATIVO DEL FORNITORE/FONDO SANITARIO

10.1 SERVIZI DI CONSULENZA FORNITI DALLA CENTRALE OPERATIVA TELEFONICA O TRAMITE SITO INTERNET DEL FORNITORE/FONDO SANITARIO
Il fornitore/fondo sanitario deve indicare in offerta la disponibilità di una centrale operativa telefonica dedicata alla Presidenza del Consiglio dei ministri e di un sito internet per i servizi di consulenza **(vedi allegato 3)**
Deve altresì indicare in offerta il numero verde della centrale operativa telefonica e l'orario di servizio previsto in ciascun giorno della settimana.
I servizi di consulenza forniti dalla centrale operativa telefonica e dal sito internet dovranno riguardare:
a) Informazioni sanitarie telefoniche
La centrale operativa telefonica attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:
- strutture sanitarie pubbliche e private convenzionate : ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni;
- informazioni di medicina tropicale;
- segnalazione centri diagnostici privati.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie
La centrale operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con il fornitore/fondo sanitario.
c) Pareri Medici ed altri servizi
Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'assicurato/assistito necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la centrale operativa telefonica fornirà tramite i medici convenzionati le informazioni e i consigli richiesti, senza oneri a carico dell'assicurato/assistito.

10.2 ATTIVITA' DI PATRONATO PRESSO LA SEDE INDIVIDUATA DALL'AMMINISTRAZIONE
Il fornitore/fondo sanitario deve indicare in offerta la disponibilità a garantire la presenza, per tutta la durata dell'appalto, di un referente tecnico dedicato presso la sede individuata dall'Amministrazione, per 2 (due) giorni al mese, per un numero di 4 (quattro) ore per ogni giornata, per un totale di 8 (otto) ore al mese, con il compito di fornire supporto e assistenza agli assicurati/assistiti su tutte le informazioni inerenti le prestazioni previste nell'assicurazione/assistenza oggetto dell'appalto, lo stato dei sinistri, i tempi di rimborso e ogni altra informazione necessaria per agevolare la corretta e tempestiva erogazione del servizio. Lo stesso referente tecnico dovrà inoltre fornire supporto agli assicurati/assistiti nell'istruzione delle pratiche di rimborso.

10.3 REFERENTE AMMINISTRATIVO DEL FORNITORE/FONDO SANITARIO

Il fornitore/fondo sanitario deve indicare in offerta la disponibilità a comunicare in sede contrattuale il nominativo di un referente amministrativo con la funzione di curare i rapporti con l'Amministrazione per tutta la durata contrattuale e di controllare che il servizio venga svolto secondo quanto previsto nel capitolato tecnico, nel disciplinare di gara, nell'offerta tecnica ed economica presentata in sede di gara dall'aggiudicatario e nel contratto.

ART.11. IMPORTO MASSIMO PRESUNTO A BASE D'ASTA DELL'APPALTO E PREMIO/CONTRIBUTO ANNUO A CARICO DELLA AMMINISTRAZIONE PER LA "POLIZZA BASE"

L'importo massimo presunto a base d'asta dell'appalto, come indicato nella determina a contrarre del 31/12/2015, per il periodo di tre anni, è pari ad € 3.000.000,00, IVA esente ai sensi dell'art. 10 del D.P.R. n. 633/1972. (Il premio/contributo offerto dalla società aggiudicataria per lo stesso periodo è pari a € 2.242.800,00).

L'importo massimo presunto annuo dell'appalto è di conseguenza pari ad € 1.000.000,00, IVA esente ai sensi dell'art. 10 del D.P.R. n. 633/1972. (Il premio annuo complessivo offerto dalla società aggiudicataria è pari € 747.600,00).

In caso di "Polizza base", dedicata ad ogni dipendente in servizio e al suo nucleo familiare fiscalmente a carico risultante dallo stato di famiglia, il Premio/Contributo annuo sarà a carico dell'Amministrazione contraente.

L'importo di tale Premio/Contributo posto a base d'asta, come anche indicato nel paragrafo 2.4 del disciplinare di gara, è stato calcolato in base all'importo massimo presunto annuo dell'appalto sopraindicato in relazione con il numero (3115) dei dipendenti della Presidenza del Consiglio dei ministri in servizio alla data del 16/03/2016, e corrisponde ad € 321,03. (Il premio/contributo annuo complessivo offerto dalla società aggiudicataria è pari a € 240,00)

ART.12. PREMIO/CONTRIBUTO ANNUO PER LE INCLUSIONI FACOLTATIVE E LE ALTRE POLIZZE A CARICO DELL'ASSICURATO/ ASSISTITO

In occasione della partecipazione alla procedura di gara oggetto del presente Capitolato, ma indipendentemente da essa, ogni concorrente è obbligato a presentare una proposta di offerta per il Premio/Contributo riguardante:

a) l'inclusione facoltativa nella polizza base premio annuo: € 220,00 pro capite

b) la polizza facoltativa per il personale in quiescenza inclusi i familiari fiscalmente a carico: premio annuo € 900,00 pro capite ed € 500,00 pro capite per ciascun soggetto fiscalmente non a carico facente parte del nucleo familiare del dipendente in quiescenza

c) la polizza aggiuntiva "**Silver**" per ciascun dipendente (in servizio /quiescenza) inclusi i familiari fiscalmente a carico: premio annuo € 750,00 pro capite ed € 500,00 pro capite per ciascun soggetto fiscalmente non a carico facente parte del nucleo familiare dell'assicurato/assistito.

la polizza aggiuntiva "**Gold**" per ciascun dipendente (in servizio /quiescenza) inclusi i familiari fiscalmente a carico: premio annuo € 1.000,00 pro capite ed € 700,00 pro capite per ciascun soggetto fiscalmente non a carico facente parte del nucleo familiare dell'assicurato/assistito.

la polizza aggiuntiva "**Platinum**" per ciascun dipendente(in servizio /quiescenza) inclusi i familiari fiscalmente a carico: premio annuo € 1.300,00 pro capite ed € 850,00 pro capite per ciascun soggetto fiscalmente non a carico facente parte del nucleo familiare dell'assicurato/assistito.

Come meglio specificato nel corrispondente Disciplinare di gara, essendo il Premio/Contributo interamente a carico dell'assicurato/assistito, le corrispondenti offerte economiche, trattandosi di rischi che non rientrano nella sfera della tutela della Stazione appaltante, non concorreranno in alcun modo all'attribuzione del punteggio.

ART.13. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELL'ASSICURAZIONE/ ASSISTENZA.

L'assicurazione/ assistenza avrà durata triennale ed avrà effetto dalle ore 00,00 del 01/07/2016.

L'elenco delle anagrafiche dei dipendenti in servizio su supporto informatico e le relative schede di adesione, debitamente compilate e firmate, verranno fornite dall'Amministrazione contraente al fornitore/fondo sanitario contestualmente alla data di stipula del contratto.

ART.14. INCLUSIONI / ESCLUSIONI PER LA POLIZZA BASE

Il dipendente in servizio deve aderire alla "Polizza base" entro la data di stipula del contratto tra l'Amministrazione contraente e il fornitore/fondo assistenza, tramite consegna della scheda di adesione nella quale può indicare contestualmente i componenti del proprio nucleo familiare fiscalmente a carico.

I familiari fiscalmente a carico di cui sopra possono essere altresì inclusi anche in un momento successivo al termine ultimo fissato per la stipula del contratto. In questo caso l'assicurazione/assistenza decorre dalla data indicata nel precedente art. 13, sempreché l'inclusione venga comunicata al fornitore/ fondo sanitario prima della fine dell'annualità assicurativa. Qualora la comunicazione non pervenga entro la scadenza dell'annualità assicurativa, la garanzia decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta al fornitore/ fondo sanitario la relativa comunicazione.

Le movimentazioni successive all'interno della suddetta polizza sono regolate dai punti di seguito indicati:

1) **Inclusione successiva**

l'inclusione successiva potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

Comando, Fuori ruolo, nuova assunzione;

Variazione dello stato di famiglia del dipendente in servizio per: matrimonio o insorgere di convivenza per il convivente more uxorio, nascita, adozione o affidamento di un figlio, con acquisizione del requisito del carico fiscale

Acquisizione del requisito del carico fiscale, indipendentemente dalla variazione dello stato di famiglia, per coniuge o convivente more uxorio o figlio, precedentemente fiscalmente non a carico

L'inclusione decorrerà dalla data in cui si è verificato l'evento o la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata prima della fine dell'annualità assicurativa; in caso contrario decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta al fornitore/fondo sanitario la relativa comunicazione.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste nel presente punto, il Premio/Contributo che l'Amministrazione contraente dovrà corrispondere al fornitore/ fondo sanitario all'atto dell'inserimento nella "Polizza base" corrisponde a tanti trecentosessantesimi del contributo annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

2) **Esclusione**

L'esclusione dall'assicurazione/assistenza potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

cessazione del rapporto di lavoro per quiescenza;

cessazione del rapporto di lavoro per altre cause;

cessazione del servizio da parte di personale in prestito;

variazione dello stato di famiglia del dipendente in servizio per: divorzio o venir meno di convivenza per il convivente more uxorio, matrimonio o convivenza more uxorio di un figlio.

Perdita del requisito del carico fiscale, indipendentemente dalla variazione dello stato di famiglia, per coniuge o convivente more uxorio o figlio, precedentemente fiscalmente a carico

decesso dell'assicurato/assistito o di un suo familiare;

In caso di cessazione del rapporto di lavoro per quiescenza l'assicurazione/assistenza rimane in essere fino alla prima scadenza annuale nella quale si è verificato l'evento e pertanto i premi/contributi restano acquisiti.

Negli altri casi la copertura dell'assicurazione/ assistenza si interrompe al verificarsi dell'evento, fatta salva la possibilità per l'assicurato/assistito di proseguire nella copertura predetta fino alla prima scadenza annua, previo accordo con l'Amministrazione contraente.

In caso di decesso dell' assicurato/ assistito gli eventuali familiari inclusi nella "Polizza base" saranno mantenuti in copertura fino alla prima scadenza annuale.

3) **Inclusione facoltativa**

I familiari fiscalmente non a carico possono essere facoltativamente inclusi anche in un momento successivo al termine ultimo fissato per la consegna della scheda di adesione mediante compilazione ed invio al fornitore/fondo sanitario dell'apposito modulo e pagamento del relativo Premio/Contributo.

L'inclusione facoltativa di ogni familiare fiscalmente non a carico decorrerà dalla data di pagamento del relativo

Premio/Contributo.

ART.15. INCLUSIONI / ESCLUSIONI PER LA POLIZZA FACOLTATIVA PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA

il dipendente in quiescenza alla data di effetto dell'assicurazione/assistenza di cui all'art. 13, può aderire alla "Polizza facoltativa" mediante compilazione ed invio al fornitore/fondo sanitario dell'apposito modulo e pagamento del relativo Premio/Contributo entro la data indicata nel contratto stipulato tra l'Amministrazione contraente e il fornitore/fondo assistenza.

I familiari fiscalmente a carico possono essere inclusi mediante compilazione ed invio al fornitore/fondo sanitario dell'apposito modulo e pagamento del relativo Premio/ Contributo anche in un momento successivo alla data indicata nel contratto. In questo caso la garanzia decorre dalla data del pagamento del relativo Premio/ Contributo.

Come previsto nell'art. 3, la polizza può essere estesa ai familiari fiscalmente non a carico del personale in quiescenza, mediante compilazione ed invio al fornitore/fondo sanitario dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio/contributo a carico dell'assicurato/ assistito, versato a parte, anche in un momento successivo alla data indicata nel contratto. In questo caso la garanzia decorre dalla data del pagamento, versato a parte, del relativo Premio/ Contributo.

Le movimentazioni successive all'interno della suddetta polizza sono regolate dai punti di seguito indicati:

1) **Inclusione successiva**

l'inclusione potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

Nuova quiescenza;

Variazione dello stato di famiglia del dipendente in quiescenza per: matrimonio o insorgere di convivenza per il convivente more uxorio, nascita, adozione o affidamento di un figlio, indipendentemente se fiscalmente a carico o non a carico.

L'inclusione decorrerà dalla data del pagamento del relativo Premio/ Contributo.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste nel presente punto, il Premio/Contributo che il dipendente in quiescenza dovrà corrispondere al fornitore/ fondo sanitario all'atto dell'inserimento nella "Polizza facoltativa" corrisponde a tanti trecentosessantesimi del contributo annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

2) **Esclusione**

L'esclusione dall'assicurazione/assistenza potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

Raggiungimento del 75° anno di età;

variazione dello stato di famiglia del dipendente in quiescenza per: divorzio o venir meno di convivenza per il convivente more uxorio, matrimonio o convivenza more uxorio di un figlio.

decesso dell'assicurato/assistito o di un suo familiare;

In tutti questi casi l'assicurazione/assistenza rimane in essere fino alla prima scadenza annuale nella quale si è verificato l'evento e pertanto i premi/contributi restano acquisiti.

In caso di decesso dell' assicurato/ assistito gli eventuali familiari inclusi nella "Polizza facoltativa" saranno mantenuti in copertura fino alla prima scadenza annuale.

ART.16. INCLUSIONI / ESCLUSIONI PER LE POLIZZE AGGIUNTIVE

Il dipendente in servizio che ha già aderito alla "Polizza base" ai sensi dell'art. 14, nonché il dipendente in quiescenza che ha già aderito alla "Polizza Facoltativa per il dipendente in quiescenza" ai sensi dell'art. 15, può aderire, mediante compilazione ed invio al fornitore/fondo sanitario dell'apposito modulo e pagamento del relativo Premio/Contributo, alla "Polizza aggiuntiva SILVER", oppure alla "Polizza aggiuntiva GOLD" oppure alla "Polizza aggiuntiva PLATINUM", entro la data indicata nel contratto stipulato tra l'Amministrazione contraente e il fornitore/fondo assistenza.

I familiari fiscalmente a carico che sono stati già inclusi nella "Polizza base" ai sensi dell'art. 14, o nella "Polizza Facoltativa per il dipendente in quiescenza" ai sensi dell'art. 15, possono essere inclusi nelle Polizze aggiuntive suddette anche in un momento successivo alla data indicata nel contratto stipulato tra l'Amministrazione

contraente e il fornitore/fondo assistenza, mediante compilazione ed invio al fornitore/fondo sanitario dell'apposito modulo e pagamento del relativo Premio/Contributo.

I familiari fiscalmente non carico che sono stati già inclusi facoltativamente nella "Polizza base" ai sensi dell'art. 14, o nella "Polizza Facoltativa per il dipendente in quiescenza" ai sensi dell'art. 15 possono essere inclusi nelle Polizze aggiuntive suddette anche in un momento successivo alla data indicata nel contratto stipulato tra l'Amministrazione contraente e il fornitore/fondo assistenza, mediante compilazione ed invio al fornitore/fondo sanitario dell'apposito modulo e pagamento del relativo Premio/Contributo.

L'inclusione di ogni assicurato/assistito nelle Polizze aggiuntive suddette decorrerà dalla data di pagamento del relativo Premio/Contributo.

ART.17. MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA "POLIZZA BASE"

I pagamenti dovuti al fornitore/fondo sanitario dall'Amministrazione contraente per la "Polizza base" verranno effettuati con bonifico bancario sul conto indicato dal fornitore/fondo sanitario secondo la seguente tempistica: la prima volta all'inizio di ogni anno di riferimento, a seguito della verifica delle adesioni e successivamente a seguito di aggiornamenti periodici.
L'Amministrazione Contraente provvederà a trasmettere al fornitore/fondo sanitario le informazioni relative all'esatto numero dei dipendenti assicurati entro la data di stipula del contratto.
Al momento della stipula del contratto l'Amministrazione Contraente si impegna a versare al fornitore/fondo sanitario, a titolo di anticipo di contributo a copertura del rischio assicurato, un importo calcolato sul numero trasmesso di dipendenti assicurati.
Tali informazioni verranno trasmesse mediante apposito supporto informatico, contenente i dati anagrafici degli Assicurati/Assistiti (cognome, nome, codice fiscale, luogo e data di nascita).
Il fornitore/fondo sanitario procederà alla regolazione della rata contante mediante emissione di atto di variazione per l'importo a tal fine determinato.
Le movimentazioni che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa saranno gestite con apposito atto di variazione, a scadenza mensile, con incasso del relativo contributo di rata.
Ad ogni scadenza annua l'Amministrazione Contraente si impegna a versare al fornitore/fondo sanitario un anticipo di contributo calcolato sulla base del numero di dipendenti in copertura indicato nel presente capitolato tecnico. Seguirà la regolazione del contributo mediante emissione di atto di variazione per l'importo a tal fine determinato.
In ogni caso il fornitore/fondo sanitario non potrà pretendere per ogni annualità assicurativa pagamenti da parte dell'Amministrazione Contraente oltre l'importo annuo a base d'asta dell'appalto così come previsto nel disciplinare di gara.

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE/ ASSISTENZA

La "Polizza base" ha effetto dalle ore 00.00 della data indicata nel contratto se il contributo sarà versato dall'Amministrazione contraente al fornitore/fondo sanitario entro la data indicata nel contratto, fatto salvo, per la prima annualità, l'esito delle procedure di controllo. In caso di mancata registrazione da parte degli organi di controllo, le Parti si incontreranno per definire l'entità dei contributi dovuti per il periodo di copertura effettivamente garantito.

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

Le altre Polizze diverse dalla "Polizza base", come indicate nel presente Capitolato, avranno effetto dalle ore 00,00 della data di pagamento del relativo Premio/Contributo.

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE/ ASSISTENZA

L'assicurazione/assistenza ha durata 36 mesi e scade alla ore 24 della data indicata nel contratto, con revisione alla fine del primo biennio secondo le modalità sotto indicate.

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

$$\frac{\text{sinistri pagati + riservati + tardivi di competenza dell'esercizio 2016}}{\text{contributi tassabili di competenza dell'esercizio 2016}}$$

- In presenza di un valore inferiore al 65% verranno apportate le seguenti modifiche contrattuali :
- Riduzione al 10% delle franchigie prevista per l'area ricovero per grandi interventi nella polizza base
-In presenza di un valore superiore al 65% le condizioni rimarranno immutate

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI

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

A.4 ONERI FISCALI

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

A.5 FORO COMPETENTE

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

A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

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

A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assicurazione/assistenza è regolata dalla legge Italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

A.8 ALTRE COPERTURE

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

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione/assistenza vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALLA COPERTURA

Rimangono escluse dall'assicurazione/ assistenza le spese sostenute per:

- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi per la cura di patologie avvenuti durante l'operatività del contratto);
- le protesi dentarie, la cura delle paraodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo gli interventi di odontoiatria resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri per lunga degenza;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, salvo quanto espressamente previsto nella polizza aggiuntiva PLATINUM;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato/Assistito;

- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche nonché le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.
- In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, qualora il differenziale tra gli occhi sia inferiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio inferiore alle 9 diottrie;

B.3 LIMITI DI ETA'

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

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

C - SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'assicurato/assistito o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa del fornitore/fondo assistenza al numero verde gratuito indicato in offerta (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

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

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON IL FORNITORE/FONDO SANITARIO

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

L'assicurato/assistito in caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nella struttura sanitaria, la lettera con cui si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

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

Il fornitore/fondo sanitario provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

A tal fine l'assicurato/assistito delega il fornitore/fondo sanitario a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie della convenzione.

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

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

C.1.2 SINISTRI IN REGIME DI PRESTAZIONE MISTA

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute in relazione ad equipe/medico non convenzionato, l'assicurato/assistito deve inviare direttamente alla sede del fornitore/fondo sanitario la documentazione

necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero (*), copia integrale della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale *(*)*, copia integrale della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

Inoltre, l'assicurato/ assistito, a fronte di specifica richiesta da parte del fornitore/fondo sanitario, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitarie di cui chiede il rimborso.

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

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

L'assicurato/assistito deve consentire eventuali controlli medici disposti dal fornitore/fondo sanitario e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato. Qualora l'assicurato/assistito abbia presentato ad altre Compagnie Assicurative richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'assicurato/assistito verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Il fornitore/fondo sanitario provvederà, con cadenza settimanale, a ritirare le richieste di rimborso che verranno presentate dai dipendenti in copertura, presso la sede della Presidenza del Consiglio dei Ministri di via della Mercede 9, 00187 - Roma.

C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

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

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

C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

a) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con il Fornitore/Fondo sanitario

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dal Fornitore/Fondo sanitario effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'assicurato/assistito.

b) Prestazioni in regime di prestazione mista o in strutture sanitarie non convenzionate

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

Il fornitore/fondo sanitario, al fine di mantenere aggiornato l'assicurato/assistito in merito allo stato delle sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **riepilogo trimestrale** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione liquidate e non liquidate nel corso del trimestre passato, con indicazioni del massimale residuo per ogni garanzia;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'assicurato/assistito.

Il fornitore/fondo sanitario, al fine di mantenere aggiornata l'Amministrazione contraente in merito allo stato delle richieste di rimborso, provvede all'invio del seguente riepilogo:

- **consuntivo annuale** contenente tutti i dati analitici relativi ai sinistri attinenti alla sola Polizza base. I dati devono contenere il numero totale e importo sostenuto per i "grandi interventi chirurgici" separatamente dal numero totale e importo sostenuto per le "gravi malattie" e precisare i costi sostenuti per la diaria, gli onorari dei medici, della diagnostica e ogni altra prestazione ospedaliera ed extraospedaliera, ed eventuali scoperti o franchigie rimaste a carico del dipendente in servizio e, comunque, da ogni altro dato che verrà richiesto dall'amministrazione contraente in qualsiasi momento, nel rispetto della privacy di ogni assicurato/assistito.

C.2 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

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

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

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

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

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

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

IL PRESENTE CAPITOLATO TECNICO CONSTA DI N. 5 ALLEGATI:

ALLEGATO 1 ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

ALLEGATO 2 ELENCO GRAVI MALATTIE

ALLEGATO 3 SERIVIZIO DI PAGAMENTO DIRETTO PER CASE DI CURA E CENTRI DIAGNOSTICI

ALLEGATO 4 PROCEDURA OPERATIVA PRONTO CARE PER LE CURE DENTARIE

ALLEGATO 5 CAPITOLATO TECNICO – testo integrato con le risposte alle F.A.Q.

Allegato 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Sono da considerare "*Grandi interventi chirurgici*", ai soli fini della Polizza Base:

CRANIO

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Asportazione totale della parotide
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale
- Altri interventi demolitivi del massiccio facciale per tumore o gravi patologie congenite

NASO

- Intervento sull'ipofisi o sui seni paranasali per via transfenoidale

LARINGE

- Laringectomia totale
- Faringolaringectomia

ORECCHIO

- Antro-atticotomia
- Correzione sordità congenita

OCCHI

- Interventi per distacchi retinici
- Iridocicloterazione da glaucoma

COLLO

- Tiroidectomia totale
- Timectomia per via cervicale
- Resezione dell'esofago cervicale

TORACE

- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Pneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee

- Pleuropneumonectomia
- Toracectomia ampia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Timectomia
- Toracoplastica totale
- Mastectomia radicale con o senza linfoadenectomia

CUORE E GROSSI VASI

- Pericardiectomia parziale o totale
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei al cuore
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
- Derivazioni aorto polmonari
- Correzione di coartazione aortica
- Interventi per fistole artero-venose del polmone
- Legatura e resezione del dotto di Botallo
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare
- Interventi a cuore aperto
- Bypass aorto coronario singolo o multiplo con prelievo di vasi
- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumori)
- Altri Interventi per malformazione di cuore e /o grossi vasi
- Valvuloplastica e sostituzione valvolare

ESOFAGO

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Interventi sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago
- Interventi sull'esofago per neoplasie: resezioni parziali basse - alte - totali
- Esofagoplastica
- Reintervento per megaesofago
- Resezione di diverticolo esofageo (Zenker, ecc.)
- Intervento iatale con fundoplicatio

STOMACO-DUODENO

- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale

- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica

INTESTINO

- Resezione parziale del colon (emicolectomia)
- Colectomia totale
- Megacolon: operazione ad domino perineale di Buhamel o Swenson
- Resezione ileo-cecale con linfoadenectomia

RETTO-ANO

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo
- Idem per via addomino perineale: in più tempi
- Allestimento e/o affondamento di stomie
- Resezione anteriore retto-colica con eventuale stomia di protezione ed eventuale successivo affondamento
- Resezione colica secondo Hartmann compresa la fase di ricostruzione

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica
- Epatico e coledocotomia
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Deconnessione azygos-portale per via addominale

PANCREAS-MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo-cisti
- Enucleazione delle cisti
- Marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas

a) totale o della testa

b) della coda

- Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava
- Splenectomia

UROLOGIA

- Interventi per fistola vescico-rettale
- Interventi per estrofia della vescica e derivazione

- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia
- Uretero-ileo anastomosi (o colon)
- Nefrotomia bivalve in ipotermia
- Nefrectomia
- Nefro-ureterectomia totale
- Surrenelectomia

SIMPATICO E VAGO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splacnici
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale

SISTEMA VASCOLARE

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache
- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con o senza linfoadenectomia
- Prostatectomia

APPARATO GENITALE FEMMINILE

_Isterectomia totale e/o annessiectomia

- Aborto terapeutico
- Vulvectomia allargata con linfoadenectomia
- Eviscerazione pelvica

APPARATO OSTEO-ARTICOLARE

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Artroplastica delle grandi articolazioni
- Protesi delle grandi articolazioni
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale o di parti di essa
- Interventi per frattura scomposta e/o con complicanza vascolare e /o nervosa

SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Operazione per encefalo-meningocele
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari

- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Emisferectomia
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica

CUTE E ANNESSI CUTANEI

- Patologie neoplastiche cutanee

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocefalocele
- Idrocefalo ipersecretivo
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogenea e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago
- Torace ad imbuto e torace carenato
- Ernia diaframmatica
- Stenosi congenita del piloro
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Megauretere

a) resezione con reimpianto

b) resezione con sostituzione di ansa intestinale

- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele
- Artoplastica delle grandi articolazioni
- Anastomosi porto-cava, spleno-renale, mesenterico-cava

TRAPIANTI D'ORGANO

- Tutti

ALTRO

- Alcolizzazione
- Trattamento lesioni tumorali primitive e secondarie con Microonde o altri mezzi fisici o chimici ufficialmente approvati dallo Stato Italiano

Allegato 2

ELENCO GRAVI MALATTIE

Sono da considerare "*Gravi malattie*", ai soli fini della Polizza Base:

- Episodi vascolari ischemici o emorragici acuti cerebrali, cardiaci, intestinali e di organi
- Dissecazione dei grandi vasi
- Aritmie acute
- Dispnea acuta
- Edema polmonare acuto
- Ipossiemia acuta
- Stati settici acuti
- Scompenso cardiaco o metabolico acuto
- Insufficienza respiratoria acuta
- Avvelenamenti e Intossicazioni acute
- Soffocamento ed elettrocuzione
- Trombosi venose profonde acute
- Embolie arteriose
- Diabete scompensato in fase acuta
- Diverticolite acuta
- Addome acuto
- Eclampsia ed patologie acute correlate alla gravidanza
- Insufficienza renale acuta

ALLEGATO 3 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il servizio di pagamento diretto per case di cura e centri diagnostici

La Rete delle "Strutture Convenzionate" con Generali Italia
Per "Rete" si intende l'insieme delle strutture sanitarie (Ospedali, Case di Cura e Centri Diagnostici) e dei professionisti convenzionati con Generali Italia, alle quali l'Assicurato potrà essere indirizzato dalla Centrale Operativa per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.
L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è disponibile nel sito delle Generali Italia www.generali.it alla voce "Strutture Convenzionate" ed è periodicamente aggiornato. La Rete infatti è suscettibile di modifiche anche in corso dell'annualità assicurativa. L'ufficio Convenzioni provvede all'aggiornamento costante della propria Banca Dati, potendo fornire all'Assicurato un'informazione sempre aggiornata tramite la Centrale Operativa.
Accesso ai servizi ospedalieri (ricoveri, day hospital, interventi chirurgici ambulatoriali)
L'Assicurato, qualora necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura convenzionata deve contattare la Centrale Operativa, possibilmente almeno 5 giorni feriali prima della data della prestazione, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e dell'equipe medica e di valutare la congruità assicurativa della prestazione.
La Centrale Operativa è raggiungibile dal **lunedì al venerdì dalle 9 alle 18**, contattando il numero verde:
800 258 501
In caso di ricoveri urgenti in orario diverso da quello indicato, si richiede all'assicurato di contattare la Centrale Operativa il primo giorno feriale disponibile.
Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore dell'Assicurato, all'atto della telefonata è necessario comunicare:

- ☐ nome e cognome della persona che effettua la prestazione
- ☐ contraente della polizza
- ☐ recapito telefonico mobile - per l'invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione
- ☐ struttura sanitaria presso cui sarà effettuata la prestazione
- ☐ data della prestazione
- ☐ nominativo equipe medica

Alla positiva verifica della convenzione da parte della Centrale Operativa è necessario che l'assicurato trasmetta via fax allo 041 / 2598849 **la prescrizione medica con i seguenti elementi:**

- ☐ **indicazione della prestazione da effettuare**
- ☐ **diagnosi**
- ☐ **anamnesi prossima e remota**
- ☐ **referti esami strumentali**

La preventiva richiesta dell'assicurato, l'invio della documentazione sopra indicata e la successiva conferma da parte della Centrale Operativa **sono condizioni indispensabili per l'operatività del pagamento diretto**.
All'atto del ricevimento della certificazione medica, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, **entro le 48 ore successive** autorizza la struttura convenzionata (tramite l'invio di un fax) ad effettuare la prestazione ed avvisa l'Assicurato del buon esito della pratica.
All'atto della prestazione presso una struttura convenzionata, l'Assicurato dovrà sottoscrivere l'apposita "lettera d'impegno", documento che ribadisce gli obblighi reciproci tra struttura convenzionata e Assicurato, integrata con gli adempimenti relativi a quanto previsto dalla D.lgs. n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali.
La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a Generali Italia direttamente gli originali delle fatture e copia dei referti per il pagamento delle prestazioni nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.
Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte della Compagnia Assicuratrice con modalità rimborsuale.
Si ribadisce che l'Assicurato avrà diritto al pagamento diretto delle spese fatturate dai professionisti e dalle strutture convenzionate solo limitatamente quando queste siano state garantite dalla Centrale Operativa.

Pagamento diretto delle spese garantite dalla polizza in caso di prestazioni sanitarie presso la Rete
Qualora la Centrale Operativa abbia autorizzato il pagamento diretto a ricovero avvenuto o a prestazione sanitaria erogata, la Compagnia Assicuratrice pagherà direttamente le spese dovute per le prestazioni mediche ed

ospedaliere purché indennizzabili a termini di polizza, ferma l'applicazione dell'eventuale franchigia che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria al momento della dimissione.
L'Assicurato dovrà provvedere al pagamento delle spese o delle eccedenze di spesa a proprio carico per prestazioni non indennizzabili a termini di polizza.

Accesso ai servizi extraospedalieri (accertamenti diagnostici / visite specialistiche se operante la relativa garanzia e attivato il servizio di pagamento diretto)
Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare **una prestazione extraospedaliera** presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa almeno 2 giorni feriali prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche.
La richiesta per attivare il pagamento diretto deve essere effettuata telefonicamente chiamando il numero dedicato e comunicando:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione
- contraente di polizza
- recapito telefonico mobile - per l'invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione
- struttura sanitaria presso la quale verrà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con **diagnosi o presunta diagnosi**.

Alla positiva verifica della convenzione, della struttura sanitaria e -in caso di visita specialistica- del medico specialista, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, autorizza **entro le 24 ore successive** la struttura convenzionata (tramite l'invio di un fax) ad effettuare la prestazione nel rispetto delle condizioni generali di assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura) senza contattare l'assicurato.
Nel caso in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa invierà un fax di negazione alla struttura sanitaria e contatterà l'assicurato.
L'Assicurato al momento dell'accettazione presso gli ambulatori dovrà sottoscrivere la "lettera d'impegno" (documento che riporta gli obblighi reciproci tra assicurato e struttura sanitaria convenzionata) in relazione alla prestazione e con riferimento alle condizioni di assicurazione, e consegnare la prescrizione comunicata telefonicamente alla Centrale Operativa.
La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a Generali Italia gli originali delle fatture e la richiesta medica della prestazione per il pagamento delle stesse nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.
Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte della Compagnia Assicuratrice con modalità rimborsuale.
Prestazioni pre e post ricovero
Relativamente alle prestazioni pre-ricovero, l'Assistito può chiedere l'attivazione dell'Assistenza diretta solo nel caso in cui il ricovero è stato autorizzato dalla Centrale Operativa; relativamente alle prestazioni post-ricovero, l'Assistito può chiedere l'attivazione dell'Assistenza diretta con l'invio della lettera di dimissione.
NOTA
Qualora l'assicurato non attivi l'Assistenza diretta ma utilizzi comunque un centro clinico convenzionato con pagamento a proprio carico avrà diritto all'applicazione delle tariffe di convenzione facendosi riconoscere quale assicurato Generali. La spesa sostenuta potrà essere oggetto di richiesta di rimborso se rientrante nel piano sanitario sottoscritto con applicazione delle franchigie previste per le prestazioni "fuori rete".

ALLEGATO 4 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Procedura operativa "Pronto-Care" – Cure dentarie

Servizi erogati da Pronto-Care

- Accesso al Network e al Tariffario Pronto-Care
- Servizio di assistenza del Customer Care attraverso NUMERO VERDE
- Possibilità di individuare il dentista del Network più idoneo alle esigenze dell'Assistito
- Gestione degli appuntamenti
- Autorizzazione preventiva delle cure per gli Assistiti che utilizzano un dentista appartenente al Network

- Controllo delle prestazioni erogate in conformità con il piano di rimborso
- Inserimento dei sinistri nel sistema informatico
- Reso della documentazione ai pazienti

Procedura

1. Per reperire il nominativo di un dentista l'Assistito può consultare l'elenco degli studi odontoiatrici e delle strutture sanitarie specializzate aderenti al Network in Italia consultando il sito www.pronto-care.com, chiamando il **numero verde gratuito Pronto-Care 800 197 397**, oppure scrivendo all'indirizzo e-mail: info@pronto-care.com.
   L'Assistito che desidera richiedere l'affiliazione del proprio dentista, può inviare una e-mail con i dati dello studio a: affiliazioni@pronto-care.com. L'ufficio affiliazioni Pronto-Care contatta entro 7 giorni dalla richiesta lo Studio segnalato per proporre l'adesione al network.

2. L'Assistito può contattare direttamente la struttura selezionata per fissare l'appuntamento. Entro le 24 ore precedenti la visita, l'Assistito deve notificare a Pronto-Care, tramite l'apposito form del sito (o in alternativa via e-mail, fax o telefono) le seguenti informazioni:
   - Titolare di Polizza con relativa data di nascita
   - Nome e Cognome dell'Assistito
   - Studio odontoiatrico selezionato con relativo Comune e Provincia
   - Data e orario dell'appuntamento

   Pronto-Care provvede a confermare allo Studio medico la presa in carico della pratica.
   Nel caso in cui l'Assistito desideri che sia Pronto-Care a fissare l'appuntamento presso lo studio, può contattare Pronto-Care, attraverso l'apposito form del sito (oppure via e-mail, fax o telefono) per fornire le informazioni necessarie per l'identificazione ed esprimere le sue preferenze di date e fasce orarie. E' possibile richiedere un servizio di reminder attraverso il quale gli viene ricordata la data e l'orario della visita.

3. L'Assistito ha diritto di fruire delle tariffe previste nel Tariffario degli Studi Convenzionati. In ogni caso può fruire degli sconti previsti per tutte le prestazioni medico-sanitarie non comprese nell'elenco di cui al predetto Tariffario.

4. Lo studio odontoiatrico, prima di effettuare le prestazioni, deve contattare Pronto-Care per verificare se siano previste nel piano di rimborso.

5. Pronto-Care svolge ogni opportuna verifica e provvede tempestivamente a trasmettere all'Assistito e allo studio odontoiatrico una conferma attraverso il sito (oppure a mezzo fax, via e-mail o via posta) relativa alle prestazioni richieste dallo studio comprese nel piano di rimborso. Il documento elaborato da Pronto-Care presenta il totale delle cure preventivate secondo tariffario, la quota di rimborso a carico dell'Assicurazione in conformità alle condizioni di polizza e la quota di scoperto a suo carico.
6. Una volta terminate le cure, lo studio odontoiatrico invia a Pronto-Care l'originale della fattura (oppure la copia, in base alle condizioni di polizza). Ogni singola prestazione è accompagnata dal relativo codice e da una breve descrizione. Pronto-Care verifica che le prestazioni eseguite e le tariffe applicate corrispondano a quelle riportate nel Tariffario e che le coperture siano corrispondenti alle condizioni di rimborso.

7. Gli Assistiti che utilizzano un dentista non appartenente al network Pronto-Care, devono far compilare l'apposito modulo di richiesta di rimborso dal medico curante ed inviarlo unitamente all'originale della fattura (o alla copia, in base alle condizioni di polizza) a:

   Pronto-Care
   Via Palestro 5/B - 22100 Como

   Nel caso in cui la polizza ammetta la copia della fattura, l'Assistito può inoltrare la richiesta di rimborso online, accedendo al sito con proprie credenziali e compilando la sezione "Procedura fuori rete – Richiesta di rimborso fuori rete".

8. Effettuati gli opportuni controlli, Pronto-Care provvede ad inserire il sinistro nel sistema liquidativo. In caso contrario, Pronto-Care entro 30 giorni dalla ricezione della pratica, contatta l'Assistito/studio odontoiatrico per la notifica delle irregolarità e per richiedere, eventualmente, ulteriore documentazione.

9. Pronto-Care, una volta liquidato il sinistro, informa l'Assistito dell'avvenuta liquidazione attraverso una notifica via e-mail e provvede ad inviare la documentazione all'Assistito con il dettaglio della liquidazione.

fine del (2) tot. 38
tot. 37 pgg.

Informativa sul trattamento dei dati per fini assicurativi delle persone fisiche (art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice Privacy)

La informiamo che la nostra Società, Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene i Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ove indispensabili, al fine di prestare i servizi assicurativi[1] (danni, vita, previdenziali) richiesti o in Suo favore previsti, ivi compresi l'adempimento dei correlati obblighi normativi e la prevenzione di eventuali frodi assicurative.
I soli dati necessari per perseguire i fini suddetti, da Lei forniti od acquisiti da terzi, saranno trattati in Italia o all'estero con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento, o comunque operanti quali Titolari autonomi, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa[2].
Sempre nell'ambito del servizio assicurativo prestato, i Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ove necessario a soggetti, privati e pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in Italia o all'estero[3]. I Suoi dati non saranno diffusi.
Senza i Suoi dati – alcuni dei quali richiesti in forza di un obbligo di legge – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.
Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso di noi ed, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti previsti (rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione etc.) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 della Società: *Privacy, Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV - fax 041.549.2235 – privacy.it@generali.com.*
Sul sito della Società troverà l'elenco aggiornato delle informative, dei Responsabili e delle categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati, nonché le politiche privacy della nostra Società.

Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

Ciò premesso, firmando il presente documento Lei autorizza il trattamento dei dati personali - eventualmente anche sensibili - da parte della nostra Società, la loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e il trattamento da parte di questi ultimi a fini assicurativi.

(Luogo e data)	(Nome e cognome *leggibile*)	(Firma)

NOTE:

1. Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione o di previdenza complementare, raccolta dei premi, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
2. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, ed altri erogatori convenzionati di servizi), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
3. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari , pignoratari, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

GIPRY/100/04

Polizza n. 361130221