

PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
PER IL PERSONALE
DELL'AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE

CIG B941A12FDE

CAPITOLATO TECNICO

INDICE

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CAPITOLATO	3
Contributi	3
1. OGGETTO DEL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA	6
2. PERSONE ASSICURATE	6
3. PRESTAZIONI OSPEDALIERE E CHIRURGICHE	7
4. ALTA SPECIALIZZAZIONE	11
5. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	13
6. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE	13
7. CURE ONCOLOGICHE	13
8. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	14
9. CURE DENTARIE	14
10. SERVIZI EROGATI DA CENTRALE OPERATIVA O TRAMITE SITO INTERNET	15
11. PREMIO	17
12. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DEI SERVIZI DEL PIANO DI ASSISTENZA	17
A. CONDIZIONI GENERALI	20
B. LIMITAZIONI	20
C. SINISTRI	21

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CAPITOLATO

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Assicurato o Assistito

Il soggetto nel cui interesse viene stipulato il contratto.

E' il dipendente (compresi il Presidente, i Consiglieri ed il Segretario Generale) in servizio presso l'Autorità e i relativi nuclei familiari a carico fiscale. Sono compresi, con costo non a carico dell'Autorità, i familiari non a carico fiscale intendendo per tali il coniuge, il convivente di fatto come definito dall'art. 1, comma 36, della legge n. 76/2016, i figli purché risultanti dallo stato di famiglia.

Associata

Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), associata o comunque socia o iscritta alla Cassa Contraente, di seguito indicata anche come "Autorità" o "Stazione appaltante".

Capitolato Tecnico

Il presente documento posto a base di gara e che verrà sottoscritto come normativo di polizza assicurativa.

Cassa o Contraente

Cassa ovvero Fondo Sanitario ovvero Società di mutuo soccorso (di seguito anche solo "Cassa") di cui all'art. 51, comma 2, lett. a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modificazioni, che:

- abbia esclusivamente finalità assistenziale e sia operante negli ambiti di intervento di cui all'art. 1 del decreto 31 marzo 2008 del Ministro della salute, così come modificato dall'art. 1 del decreto 27 ottobre 2009 del Ministero del lavoro;
- sia iscritta all'Anagrafe dei Fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del lavoro del 27 ottobre 2009;
- sia abilitata a norma di legge, anche ai sensi dell'art. 51 del d.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi di pertinenza degli Assistiti e ad assumere, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi, la contraenza del piano sanitario.

La Cassa dovrà essere in possesso dei requisiti generali di cui agli artt. 94 e 95 del D.lgs. 36/2023.

Ciclo di terapia

Una serie di prestazioni e/o sedute relative ad una medesima terapia, contenute in un'unica prescrizione medica e presentate con un'unica richiesta di rimborso.

Contributi

Corrispettivi versati, anche per conto dei propri dipendenti per la quota a proprio carico, dall'Autorità alla Contraente conformemente alle previsioni del Capitolato tecnico e dei relativi allegati. Tale importo non differisce dal premio.

Day hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica.

Difetto fisico

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

Difetto fisico preesistente

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, la cui evidenza, antecedentemente all'adesione alla copertura assicurativa sanitaria integrativa/disciplinare, possa essere diagnosticata clinicamente (con visita medica) o strumentalmente (con accertamenti diagnostici di tipo strumentale).

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Grandi interventi chirurgici

Gli interventi chirurgici tassativamente elencati nell'Allegato n. 3-bis della presente procedura.

Guida al piano sanitario

Documento esplicativo che descrive in modo completo le prestazioni previste dal piano sanitario, le condizioni e le limitazioni all'accesso alle stesse, le modalità di accesso alla piattaforma web, all'eventuale App utilizzabile per la gestione delle prestazioni. Tale documento dovrà essere prodotto dalla Contraente o dalla Società e messo a disposizione degli Assistiti beneficiari entro la data di decorrenza ed attivazione del piano di assistenza.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per le prestazioni di pre e post ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso secondo quanto disciplinato dal presente capitolo tecnico.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constabili.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, 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, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Malattia oncologica

Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il mieloma, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

Malformazione

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

Massimale

L'importo stabilito nel presente capitolato tecnico che rappresenta la spesa massima che la Cassa si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Network sanitario

Cliniche mediche e in genere strutture per ricoveri, centri diagnostici, centri e studi medici specialistici, studi odontoiatrici, studi fisioterapici convenzionati con la Cassa.

Parti

La Contraente e la Stazione appaltante.

Piano di assistenza/Disciplinare

Il documento che prova la stipula del piano di assistenza integrativa tra la Cassa e l'Associata. Tale documento dovrà essere prodotto dalla Contraente e sottoscritto dall'Associata.

Polizza Assicurativa:

Il documento che prova l'assicurazione. L'intero contenuto del presente Capitolato Tecnico costituirà il normativo della polizza, nel caso in cui la Cassa aggiudicataria verrà emettere distinto documento dal presente. La sottoscrizione della polizza assicurativa sarà limitata alla Cassa aggiudicataria.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Rimborso

- si intende in forma diretta se l'Assicurato fruisce delle prestazioni in convenzione e pertanto la Cassa versa il dovuto alla struttura sanitaria/centro medico/medico specialista. Nel caso in cui per una determinata prestazione fosse prevista una franchigia o uno scoperto a carico dell'Assicurato/Assistito il relativo importo dovrà essere versato alla struttura sanitaria/centro medico/medico specialista convenzionata.
- si intende in forma indiretta (o rimborsuale) nel caso in cui l'Assicurato non si rivolga a struttura sanitaria/centro medico/medico specialista non presente nel network sanitario. L'importo spettante è versato all'Assicurato/Assistito al netto della eventuale quota a carico dello stesso.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prevista l'attivazione del piano sanitario integrativo.

Stazione appaltante

ANAC Autorità Nazionale Anticorruzione - c/o Palazzo Sciarra, Via Minghetti, 10 00187 Roma, C.F. 97584460584.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico del network convenzionato.

1. OGGETTO DEL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

1.1 Le garanzie previste dal presente capitolato comprendono anche situazioni patologiche che siano l'espressione o la conseguenza diretta di infortuni e malattie anche se insorte anteriormente all'inserimento degli assicurati in copertura.

1.2 La Copertura è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute riguardanti:

- prestazioni ospedaliere e chirurgiche;
- prestazioni di alta specializzazione;
- prestazioni specialistiche e accertamenti diagnostici;
- protesi ortopediche e acustiche;
- cure oncologiche;
- cure dentarie da infortunio;
- cure dentarie;
- servizi erogati dalla centrale operativa o tramite il sito internet.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali a:

- a) **Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Cassa Contraente;**
- b) **Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Cassa Contraente;**
- c) **Servizio Sanitario Nazionale;**
- d) **Medici specialisti e fisioterapisti regolarmente iscritti al relativo Albo.**

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie/prestazioni.

2. PERSONE ASSICURATE

2.1 Il personale, compresi il Presidente, i Consiglieri ed il Segretario generale, in servizio presso l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) **alla data di attivazione della polizza**, e dei relativi nuclei familiari fiscalmente a carico intendendo per tali il coniuge ed i figli purché risultanti dallo stato di famiglia. Sono, inoltre, compresi i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico, a seguito di sentenza di separazione o divorzio, ovvero altro provvedimento dell'Autorità giudiziaria.

Qualora un dipendente rinunci espressamente all'adesione alla copertura assicurativa sanitaria integrativa, per il primo anno, sarà possibile per lui l'attivazione dello stesso piano solo dall'anno successivo nel caso di opzione di proroga.

- 2.2** Il piano di assistenza sanitaria integrativa può essere esteso, con versamento del relativo premio a carico del dipendente, al coniuge e ai figli non fiscalmente a carico o al convivente di fatto **purché risultanti dallo stato di famiglia.**
- 2.3** I dipendenti dell'Autorità che verranno collocati in quiescenza nel corso dell'appalto resteranno assicurati fino alla scadenza dell'annualità. Conserveranno altresì il diritto a restare assicurati per l'eventuale seconda annualità contrattuale, qualora l'Autorità ritenga di attivare l'opzione di proroga del contratto; in questo caso dovranno farsi interamente carico del pagamento del premio *pro capite* annuo. Anche nel caso in cui l'Autorità attivi l'opzione di proroga tecnica, conserveranno il diritto a restare assicurati fino alla scadenza del relativo periodo di proroga, facendosi interamente carico del relativo premio *pro capite*.

I familiari dei dipendenti collocati in quiescenza nel corso dell'appalto – sia quelli fiscalmente a carico che quelli non fiscalmente a carico – resteranno assicurati solo fino alla scadenza dell'annualità per la quale risultino iscritti prima del collocamento in quiescenza del dipendente medesimo.

- 2.4.** La Cassa di Assistenza dovrà provvedere all'attivazione dei servizi del piano di assistenza **entro il termine di decorrenza contrattuale che sarà successivamente indicato dall'Autorità, per i dipendenti e i familiari fiscalmente a carico che si associano, ed entro il quindicesimo giorno successivo alla decorrenza contrattuale per gli eventuali familiari NON fiscalmente a carico per le prestazioni in convenzione.**

3. PRESTAZIONI OSPEDALIERE E CHIRURGICHE

3.1 RICOVERO (CON E SENZA INTERVENTO), DAY HOSPITAL (CON E SENZA INTERVENTO), INTERVENTO AMBULATORIALE.

La Cassa provvede al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Durante il ricovero

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria (o sala parto) e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, prestazioni mediche e infermieristiche, cure (comprese le cure fisioterapiche e riabilitative), medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Si precisa che le spese per eventuali accompagnatori non sono incluse nel rimborso e pertanto sono a carico dell'Assicurato.

c) Rette di degenza

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **euro 150,00 al giorno**.

Tale limite non opera per i ricoveri presso Istituto di cura convenzionato.

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie (per esempio televisione e telefono).

d) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **euro 40,00 al giorno** per un massimo di **30 giorni successivi a ciascun ricovero** e indipendentemente dalla durata della degenza, previa indicazione nella

lettera di dimissioni dal ricovero o previa specifica indicazione del medico chirurgo rilasciata all'atto della dimissione.

e) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, onorari medici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (**escluse le spese per il noleggio di apparecchi comunque denominati necessari per la fisioterapia**, ed escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Si applica il medesimo termine di 100 giorni anche per le prestazioni post ricovero eventualmente eseguite a polizza scaduta.

3.2 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, saranno rimborsate le spese previste ai punti 3.1, 3.4 e 3.5 del presente Capitolato con i limiti indicati nel piano di assistenza integrativa, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

3.3 PARTO - CURE NEONATO - ABORTO

3.3.1 PARTO CESAREO - CURE NEONATO /ABORTO TERAPEUTICO

- a) In caso di parto cesareo o aborto terapeutico effettuato in struttura sanitaria convenzionata, questa provvede al pagamento alle predette strutture delle spese, per le prestazioni di cui al punto 3.1 lettere: *b) Durante il ricovero, c) Rette di degenza, e) post ricovero*. In tal caso la garanzia è prestata **nel limite di € 10.000,00 per anno e per nucleo familiare, con uno scoperto del 30% e una franchigia minima per evento di € 1.500,00**;
- b) In caso di parto cesareo o aborto terapeutico effettuato in struttura sanitaria non convenzionata, questa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 lettere: *b) Durante il ricovero, c) Rette di degenza – nel limite di euro 150,00 al giorno, e) Post ricovero*. In tal caso la garanzia è prestata con il limite di **euro 3.000,00 per anno e per nucleo familiare, con uno scoperto del 40% con franchigia minima per evento di €2.000,00**;

3.3.2 PARTO NON CESAREO – CURE NEONATO

- a) In caso di parto non cesareo effettuato in struttura sanitaria convenzionata, questa provvede al pagamento alle predette strutture delle spese, per le prestazioni di cui al punto 3.1 lettere *b) Durante il ricovero, c) Rette di degenza*. In tal caso la garanzia è prestata con il limite di **euro 6.000,00 per anno e per nucleo familiare, con uno scoperto del 30% con franchigia minima per evento di € 1.500,00**;
- b) In caso di parto non cesareo effettuato in struttura sanitaria non convenzionata questa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 lettere: *b) Durante il ricovero,*

c) *Rette di degenza - nel limite di euro 150,00 al giorno.* In tal caso la garanzia è prestata con il limite di euro **1.500,00 per anno e per nucleo familiare, con uno scoperto del 40% con franchigia minima per evento di € 2.000,00.**

3.4 TRASPORTO SANITARIO

In caso di ricovero/Day hospital o di accettazione al Pronto Soccorso debitamente documentata, verranno rimborsate le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile, con aereo sanitario di cura, e di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro, e di rientro alla propria abitazione con il limite di **euro 1.000,00 per anno e per nucleo familiare.**

3.5 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante il ricovero, verranno rimborsate direttamente le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **euro 1.500,00 per anno e per nucleo familiare.**

3.6 MASSIMALE

Il massimale garantito per il complesso delle prestazioni di cui all'art. 3 (comprensivo di tutti i sotto articoli) corrisponde a **euro 150.000,00 per anno/nucleo familiare.**

3.7 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate ed effettuate da medici convenzionati.

In caso di utilizzo di strutture convenzionate, le spese di cui ai punti 3.1 e 3.2 e 3.3 del Capitolato Tecnico, vengono liquidate direttamente alle strutture/medici convenzionati, sia per i ricoveri, sia per il day hospital con o senza intervento chirurgico e sia per l'intervento chirurgico ambulatoriale, previa applicazione di uno scoperto che rimarrà a carico dell'Assicurato.

Per quanto riguarda le spese di cui al punto 3.3., gli scoperti e le franchigie sono quelli ivi indicati.

Per quanto concerne le spese di cui ai punti 3.1. e 3.2., gli scoperti e le franchigie sono quelli indicati di seguito.

Scoperto/Franchigia a carico dell'Assicurato:

- i. Ricoveri (eccetto Day Hospital e parti) con intervento chirurgico: **scoperto del 15% con franchigia minima di euro 1.000,00;** le medesime franchigie e i medesimi scoperti si applicano anche in caso di Grandi Interventi.
- ii. Ricoveri (eccetto Day Hospital e parti) senza intervento chirurgico: **scoperto del 20% con franchigia minima di € 1.300,00;**
- iii. Day Hospital con o senza intervento chirurgico: **scoperto del 15% con franchigia minima di euro 1.000,00;**
- iv. Intervento chirurgico ambulatoriale: **franchigia euro 100,00.**

Saranno rimborsate direttamente all'Assicurato, nei limiti e con i massimali previsti, le spese per:

- Assistenza infermieristica privata individuale – (punto 3.1 lettera d);
- Trasporto Sanitario – (punto 3.4);
- Rimpatrio della salma – (punto 3.5).

b) **Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate.**

In caso di utilizzo di strutture non convenzionate, le spese relative alle prestazioni di cui ai precedenti punti 3.1 (ad eccezione delle voci di cui alla lettera c, d e)), 3.2 e 3.3 vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di uno scoperto, di seguito indicato, che rimarrà a carico dell'Assicurato.

Scoperto a carico dell'Assicurato:

- i. Ricoveri (eccetto Day Hospital e parti) con intervento chirurgico: **scoperto del 30%, con franchigia minima di euro 1.500,00**; le medesime franchigie e i medesimi scoperti si applicano anche in caso di Grandi Interventi.
- ii. Ricoveri (eccetto Day Hospital e parti) senza intervento chirurgico: **scoperto del 40% con franchigia minima di € 2.000**;
- iii. Day Hospital con o senza intervento chirurgico: **scoperto del 35% con franchigia minima di euro 1.500,00**;
- iv. Intervento chirurgico ambulatoriale: **scoperto del 35%, con franchigia minima di euro 200,00**.

Saranno rimborsate direttamente all'Assicurato, nei limiti e con i massimali previsti, le spese per:

- **3.1 lettera c) - Rette di degenza;**
- **3.1 lettera d) - Assistenza infermieristica privata individuale;**
- **3.4 Trasporto sanitario;**
- **3.5 Rimpatrio della salma.**

c) **Prestazioni in strutture sanitarie private convenzionate e medici non convenzionati**

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate e medici non convenzionati, la liquidazione avverrà **previa applicazione**, su ciascuna tipologia di prestazione ed a seconda della modalità di utilizzo prescelta, delle seguenti franchigie e scoperti:

- 1) per il ricovero, si applica il punto 3.7 a);
- 2) per il medico quelle di cui all'art. 3.7 b).

d) **Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, le spese per la degenza e per i ticket sanitari verranno rimborsate integralmente all'Assicurato, nel limite del massimale garantito, senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto. In questo caso non sarà possibile per l'Assicurato richiedere l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato al punto **3.7 lett. a)** "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate" per la degenza, e **3.7 lett. c)** "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate e medici non convenzionati" per i medici.

3.8 INDENNITA' SOSTITUTIVA

All'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa (ad eccezione degli accertamenti pre e post ricovero di cui sotto), sarà corrisposta un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio, del parto e dell'aborto terapeutico.

L'indennità sarà pari ad euro 60,00 e verrà erogata per ogni giorno di ricovero per un massimo di 90 giorni per anno/nucleo familiare.

Nel caso di day hospital l'indennità corrisposta sarà pari a euro 40,00 al giorno.

In caso di erogazione dell'indennità sostitutiva è previsto il rimborso anche delle spese per prestazioni pre e post ricovero (lettere a) e e) dell'art. 3.1.) che verrà effettuato applicando i seguenti scoperti

- 20% per prestazioni in strutture sanitarie convenzionate
- 25% per prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate

I ticket verranno comunque rimborsati al 100%.

Le spese relative alle garanzie di Pre e Post ricovero, in questo caso, vengono prestate con massimale annuo per nucleo familiare pari a **euro 2.000,00**.

Nel caso di ricovero in regime di Day Hospital, qualora l'Assicurato richieda anche il rimborso di spese pre e post ricovero, l'importo giornaliero della diaria si intenderà ridotto da euro 40,00 a **euro 25,00 giornaliero**.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

E' previsto il rimborso delle spese per le seguenti prestazioni (indicate a titolo esemplificativo), con il limite di **euro 9.000,00 per anno/nucleo familiare in struttura sanitaria convenzionata e 7.000 per anno/nucleo familiare in struttura sanitaria non convenzionata**:

- amniocentesi oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto;
- test DNA fetale su sangue materno;
- accertamenti endoscopici;
- agoaspirato;
- angiografia;
- artrografia;
- arteriografia digitale;
- broncografia;
- broncoscopia;
- cardiotac;
- chemioterapia;
- cisternografia;
- cistografia;
- cistouretrografia;
- clisma opaco;
- cobaltoterapia;
- colangiografia (anche percutanea);
- colecistografia;
- colonoscopia;
- coronografia;
- dacriocistografia;
- defecografia;
- diagnostica radiologica;
- dialisi;
- doppler;
- duodenoscopia;
- ecocardiografia;
- ecodoppler;
- ecocolordoppler;
- ecografia;
- elettroencefalogramma;

- elettromiografia;
- esame citologico;
- esame istologico;
- esofagoscopia;
- fistografia;
- flebografia;
- fluorangiografia;
- galattografia;
- gastroscopia;
- holter;
- isterosalpingografia;
- laserterapia a scopo fisioterapico;
- linfografia;
- mammografia (anche digitale);
- mielografia;
- moc;
- pancolonscopia;
- pet;
- radioterapia;
- radionefrogramma;
- retinografia;
- rettoscopia;
- rx esofago con mezzo di contrasto;
- rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto;
- rx tenue e colon con mezzo di contrasto;
- risonanza magnetica nucleare (incluso angio rmn);
- scialografia;
- scintigrafia;
- spect;
- splenoportografia;
- tac anche virtuale;
- telecuore;
- urografia;
- vesciculodeferentografia;
- videoangiografia;
- villocentesi oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto;
- wirsungrafia.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alla struttura convenzionata, per ogni accertamento o ciclo di terapia effettivamente sostenuta, **con l'applicazione di uno scoperto del 20%** per ogni accertamento o ciclo di terapia effettivamente sostenuta che rimarrà a carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate o a medici non convenzionati, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno **scoperto del 45%** a carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, saranno rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

5. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

E' previsto il rimborso delle spese per visite specialistiche, analisi e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita, e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici qualora superino quanto previsto al punto 9 del presente Capitolato Tecnico.

I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono rimborsati previa presentazione di UN'UNICA prescrizione medica contenente la patologia che ha reso necessario il ciclo di terapia, per un massimo di euro 400,00 annui per nucleo familiare.

Per l'autorizzazione alla visita specialistica/rimborso è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a medici convenzionati, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato **con l'applicazione di una franchigia di euro 30,00**.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie pubbliche, ma a medici che esercitano in *intramoenia*, o a medici non convenzionati le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato per un importo massimo **per prestazione/accertamento di euro 80,00, con uno scoperto del 30%**.

Le franchigie e gli scoperti previsti per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi si riferiscono a ciascun ciclo di terapia fisioterapica/riabilitativa.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, saranno rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Si considerano unica prestazione anche la visita specialistica e l'accertamento diagnostico connessi a medesima patologia, contestualmente prescritti dal medico e presentati in un'unica richiesta di rimborso.

Il massimale annuo garantito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **euro 1.500,00 per anno per nucleo familiare**.

6. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

E' previsto il rimborso delle spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di **euro 1.300,00** per nucleo familiare con l'applicazione di uno scoperto del 10% per l'acquisto presso strutture convenzionate e del 20% per l'acquisto presso strutture non convenzionate.

7. CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche verranno liquidate le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (se non effettuate in regime di ricovero o day hospital), con massimale autonomo.

Si intendono inclusi in garanzia le visite, gli accertamenti diagnostici, le terapie (anche farmacologiche) e le spese infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, a condizione che siano prescritte dal medico oncologo, nonché le visite e gli accertamenti diagnostici effettuati per motivi di controllo periodico (c.d. follow-up) nel periodo di 5 anni decorrenti dall'esperienza oncologica.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, saranno rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo garantito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **euro 10.000,00 annui per nucleo familiare** per le prestazioni effettuate mediante l'utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati, o mediante l'utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati, mediante utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso in cui l'Assicurato effettui prestazioni previste al punto 4, la presente garanzia ed il relativo massimale operano in via prioritaria rispetto a quelli previsti nel punto 4 (che saranno, pertanto, utilizzati dopo l'esaurimento del suddetto massimale di euro 10.000,00).

8. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

E' previsto il rimborso delle spese sostenute per cure e protesi dentarie conseguenti ad infortunio, in presenza di certificato di Pronto Soccorso che attesti la data, il motivo dell'infortunio e le cure necessarie (ricevute a seguito di infortunio).

Il massimale garantito per il complesso delle prestazioni di cui sopra corrisponde a **euro 1.500,00 per anno per nucleo familiare**; le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 10% per le prestazioni presso strutture convenzionate e del 20% per le prestazioni presso strutture non convenzionate..

9. CURE DENTARIE

E' previsto il rimborso, a parziale deroga di quanto previsto dal punto B.2 (Esclusioni dal piano di assistenza sanitaria integrativa), delle spese sostenute per le cure odontoiatriche, terapie conservative e in generale tutte le altre prestazioni di tipo odontoiatrico e ortodontico. A titolo esemplificativo e non esaustivo, sono comprese le visite, igiene orale, radiologia odontoiatrica, prevenzione, cure, estrazioni e protesi dentarie, ortodonzia, gnatologia, implantologia, bite dentali. Il massimale garantito per il complesso delle prestazioni in questione è di **euro 200,00 per anno per nucleo familiare**.

Nel caso di utilizzo di centri odontoiatrici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alla struttura convenzionata, **con l'applicazione di uno scoperto del 15% e l'applicazione di una franchigia minima di euro 20,00** per ogni fattura che rimarrà a carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a centri odontoiatrici non convenzionati, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno **scoperto del 30% e l'applicazione di una franchigia minima di euro 150,00** a carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, verranno rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal presente piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico

dell'Assicurato, è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione delle tariffe riservate agli Assicurati della Cassa o ai beneficiari di un piano con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato alla Cassa, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

TRASFERIMENTO DELLE PRESTAZIONI DAL REGIME OSPEDALIERO ORDINARIO A FORME ALTERNATIVE DI DEGENZA E/O ASSISTENZA

Laddove una determinata prestazione, coperta dal presente piano sanitario e presente nel DRG in regime di Ricovero ordinario fosse, a seguito dei progressi tecnologici nel settore, eseguita in regime di Day Hospital, Day Surgery, Ambulatoriale, la Cassa è obbligata e pertanto nulla potrà eccepire alla richiesta di rimborso delle spese sostenute ovvero alla presa in carico in convenzione della prestazione richiesta. Quanto sopra vale anche per le prestazioni che presentano caratteristiche tali da ritenere valido l'ulteriore passaggio dal Day Hospital/Day Surgery verso il setting assistenziale della specialistica ambulatoriale.

INTERPRETAZIONE E MODIFICHE DEL CONTRATTO ASSICURATIVO

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio di interpretazione anche di una delle condizioni del presente Capitolato Tecnico, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte del presente Capitolato Tecnico

La Società, inoltre, dichiara sin d'ora che rinuncia ad eccepire l'inoperatività della garanzia in conseguenza di inesatta, incompleta, ritardata od omessa esecuzione, da parte della Contraente di ogni e qualunque adempimento inerente la stipulazione e la gestione amministrativa della polizza sottoscritta dalla Contrante, inclusa l'esecuzione della stessa in caso di sinistro, purché ascrivibile ad atti od omissioni commessi in assenza di dolo dalla Contraente o dalle persone del cui operato lo stesso deve rispondere. Resta inteso che la Contraente dovrà provvedere nel più breve tempo possibile dal momento dell'avvenuta conoscenza dell'atto omissivo, all'esecuzione, rettifica, correzione, integrazione a completamento degli atti nonché al pagamento degli eventuali premi dovuti spettanti alla Società. Fermo restando quanto precedentemente previsto, si precisa a maggior chiarimento, che le disposizioni di cui al presente comma non modificano il contenuto e l'estensione della garanzia assicurativa secondo le disposizioni normative ed economiche previste dalla presente polizza.

10. SERVIZI EROGATI DA CENTRALE OPERATIVA O TRAMITE SITO INTERNET

I seguenti servizi di consulenza, indicati in sede di offerta, vengono erogati dalla Centrale Operativa telefonando al **numero verde 800.XXX.XXX (da fisso) e 800.XXX.XXX (da mobile)**, e **XXXXXXXXXX (per chiamate dall'Estero)**, nonché tramite e-mail dedicata che sarà comunicata dalla Contraente.

I servizi erogati tramite la Centrale Operativa devono essere garantiti:

- con riferimento alle prestazioni di cui al successivo punto a) del presente paragrafo, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.30;
- con riferimento alle prestazioni di cui ai successivi punti b), c) e d) del presente paragrafo, si richiede un servizio di reperibilità come di seguito descritto.

I servizi erogati tramite internet devono essere sempre garantiti 7 giorni su 7 (festivi inclusi), 24 ore su 24.

La Contraente dovrà fornire al Direttore dell'esecuzione incaricato dalla Stazione appaltante il numero di telefono del cellulare, del fisso e l'indirizzo mail del Responsabile Medico della Centrale Operativa e di altri due referenti interni responsabili della Centrale Operativa con autonomia funzionale per la gestione dei casi urgenti. Tale attività potrà essere svolta unicamente in presenza della Privacy regolarmente sottoscritta.

a) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano di assistenza sanitaria integrativa in forma diretta nelle strutture convenzionate, previa applicazione, ove previsti, degli scoperti/franchigie che dovranno essere saldati direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria/medico. La Centrale Operativa potrà essere contattata per ottenere suggerimenti per la scelta della struttura sanitaria più idonea alla fruizione di specifiche prestazioni.

b) Contatto telefonico di primo soccorso

Il Servizio assistenza, attivo 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato/Assistito per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa. Il medico di guardia, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

1. consigli medici di carattere generale (a titolo di esempio: su interventi di primo soccorso e/o sulle modalità di assunzione di farmaci);
2. informazioni riguardanti:
 - il reperimento dei mezzi di soccorso (ambulanza, medico, cc....);
 - la reperibilità di medici generici e specialisti.

Il servizio non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

c) Invio di un medico nei casi d'urgenza

Qualora, a seguito del primo contatto telefonico (Contatto telefonico di primo soccorso medico), il servizio medico giudicasse necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato e qualora non sia possibile reperire il proprio medico curante, il Servizio Assistenza provvederà ad organizzare il reperimento e l'intervento di un medico generico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Cassa.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, il Servizio Assistenza organizzerà, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in ambulanza presso il centro di primo soccorso più vicino alla sua abitazione, senza costi a carico dell'Assicurato.

d) Reperimento ed invio di una ambulanza nei casi d'urgenza

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa l'Assicurato necessiti a giudizio del medico curante e dei medici del Servizio Assistenza di un ricovero d'urgenza al centro di primo soccorso più vicino al luogo del sinistro, il Servizio Assistenza provvederà alla ricerca, al reperimento e all'invio di un'ambulanza.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Cassa.

e) Accesso tramite internet

La Cassa renderà disponibile sul proprio sito internet un apposito servizio web/sito internet - accessibile con apposite e personali password e di facile accessibilità da parte degli Assicurati - sul quale rendere disponibili le condizioni generali di assistenza, l'elenco aggiornato degli operatori convenzionati (strutture e sanitari) e la modulistica necessaria per attivare le richieste di erogazione

delle prestazioni sanitarie, anche al fine di permettere l'invio delle suddette richieste di erogazione in modalità on-line.

Ai soggetti Assicurati sarà messo a disposizione l'**elenco aggiornato delle cliniche sanitarie, dei centri diagnostici, odontoiatrici, fisioterapici, e medici specialisti** nonché la modulistica necessaria per attivare le richieste di erogazione delle prestazioni sanitarie, per inoltrare le suddette richieste in modalità on-line e richiedere, attraverso una casella di posta elettronica dedicata, chiarimenti ed informazioni, anche sulle eventuali problematiche sorte in sede di liquidazione ovvero in caso di diniego delle richieste di erogazione.

Il servizio deve garantire la possibilità di ottenere informazioni on-line, tramite apposita parola-chiave, sullo stato delle pratiche di rimborso al fine di permettere agli Assicurati di visionare la propria situazione completa e l'andamento del proprio eventuale sinistro.

Nella predetta **Area Riservata** deve, inoltre, essere riportato – **al termine di ciascun anno solare** – il riepilogo, utile ai fini fiscali, di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione della voce attestante la somma totale del richiesto, la somma totale dell'importo liquidato, nonché la somma totale dell'eventuale importo rimasto a carico dell'Assicurato.

11. PREMIO

Per il complesso delle prestazioni oggetto del presente capitolato i corrispettivi *pro capite*, annui, lordi (vale a dire comprensivi dei premi e dei relativi oneri fiscali da versare alla Cassa), corrispondono ad **euro 2.700.00 per Dipendente e nucleo fiscalmente a carico come indicato al punto 2.1 “Persone assicurate”**.

Per quanto riguarda i familiari NON fiscalmente a carico, come specificato nel Disciplinare di gara, sarà richiesta al concorrente una quotazione specifica per ciascuna unità.

Qualora il dipendente dovesse optare per includere nel piano sanitario il familiare NON fiscalmente a carico, le relative prestazioni saranno da considerarsi incluse nei massimali e nei sottolimiti massimi per il nucleo familiare del dipendente medesimo.

Alla scadenza dell'annualità verrà verificato il numero degli Assicurati.

12. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DEI SERVIZI DEL PIANO DI ASSISTENZA

La durata del presente piano di assistenza sanitaria integrativa è stabilita in 12 mesi a decorrere dalle ore 00.00 del giorno ____ alle ore 24.00 del ____ e cesserà automaticamente la propria operatività alla scadenza, senza necessità di alcuna comunicazione formale da ognuna delle parti.

E' pertanto espressamente escluso il tacito rinnovo.

Il presente Capitolato tecnico opera, per tutti gli Assistiti / Assicurati, ad ogni effetto e limitatamente alle prestazioni in esso presenti.

Il coniuge e i figli fiscalmente non a carico o il convivente di fatto possono essere inclusi mediante pagamento del relativo premio nonché dell'**invio dell'apposito modulo di adesione entro il quinto giorno decorrente dall'avvio** del Piano, fatto salvo quanto eventualmente previsto al successivo punto 13; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge e i figli fiscalmente non a carico, o il convivente di fatto risultanti dallo stato di famiglia di dipendenti neoassunti. Entro 7 giorni dall'attivazione del Piano, la stazione appaltante – per il tramite del Direttore dell'esecuzione del contratto – dovrà comunicare alla Cassa aggiudicataria l'anagrafica completa dei nominativi degli Assicurati e dei relativi familiari fiscalmente a carico e non fiscalmente a carico, se aderenti.

13. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

1) Inclusioni

Oltre il termine indicato nell'ultimo comma del precedente Punto 12, l'inserimento ovvero l'adesione al piano di assistenza sanitaria integrativa potrà avvenire al verificarsi dei seguenti casi:

- a) Assunzione;
- b) Matrimonio;
- c) Nascita/adozione/affidamento di un figlio;
- d) Insorgere di convivenza per il convivente di fatto;
- e) Venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal Datore di lavoro.

In questo caso la garanzia decorre dalla data dell'evento, e la comunicazione deve essere effettuata dalla Stazione Appaltante, per il tramite del Direttore dell'esecuzione del contratto, alla Cassa Aggiudicataria entro il termine di 40 giorni dalla predetta data. Qualora la comunicazione non pervenga entro tale scadenza, la garanzia decorrerà dal primo giorno dell'annualità successiva alla data in cui è stata effettuata la relativa comunicazione.

2) Esclusioni

La revoca dalla copertura potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) Cessazione dal servizio;
- b) Decesso dell'Assicurato o di un suo familiare;
- c) Divorzio;
- d) Venir meno di convivenza per il convivente di fatto o per il familiare fiscalmente non a carico;
- e) Adesione di un familiare ad una copertura sanitaria collettiva predisposta dal proprio Datore di lavoro;
- f) Raggiungimento del limite di età.

3) Variazioni

Le variazioni di copertura possono verificarsi nelle seguenti fattispecie:

- a) in caso di acquisizione del carico fiscale di un coniuge e/o di un figlio. Il premio è comunque dovuto fino alla scadenza annuale dell'anno in cui è stato acquisito il carico fiscale, mentre a partire dalla successiva annualità (nel caso in cui l'Autorità ritenga di attivare l'opzione di proroga) dovrà essere segnalato l'inserimento quale familiare fiscalmente a carico;
- b) in caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata; la copertura potrà essere mantenuta con versamento del premio per il coniuge o per il figlio fiscalmente non a carico da parte del dipendente. Qualora il coniuge o il figlio non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo in cui sono erogati i servizi del piano di assistenza sanitaria integrativa previsti ai numeri 1 e 3, del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde:

- **Al 100% del premio annuo per coloro che usufruiscono della garanzia nel primo semestre del piano;**
- **Al 60% del premio annuo per coloro che usufruiscono della garanzia nel secondo semestre del piano.**

Il pagamento del premio relativo alle inclusioni e variazioni, di cui ai numeri 1 e 3, avverrà entro 40 giorni dalla trasmissione dell'apposito atto contabile da parte della Cassa.

Nel caso di proroga tecnica del Piano - ai sensi dell'art. 120, comma 11, d.lgs. n. 36/2023 e del punto 3.3. del Disciplinare di gara - ai fini dell'applicazione della disciplina in materia di inclusioni e variazioni, il periodo coperto dalla proroga **NON** sarà considerato alla stregua di una nuova annualità, bensì sarà considerato come un prolungamento dell'ultima annualità del Piano.

A. CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DEL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

I servizi del piano di assistenza sanitaria integrativa hanno effetto dalle ore 00.00 del giorno XX.XX.2024.

A.2 DURATA DEL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

La garanzia ha una durata di 12 mesi prorogabile di ulteriori 12 mesi, e cesserà automaticamente la propria operatività alla scadenza, senza necessità di alcuna comunicazione formale da ognuna delle parti.

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DEL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA.

Le eventuali modifiche del presente capitolato debbono essere approvate per iscritto tra le Parti.

A.4 RINUNCIA AL DIRITTO DI RECESSO

La Cassa, in deroga all'art. 1898 c.c., rinuncia alla facoltà di recesso dal contratto prima della sua scadenza.

A.5 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

La garanzia è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

A.6 ALTRE ASSICURAZIONI

La Stazione appaltante è esonerata dal dichiarare alla Cassa l'eventuale esistenza di polizze dalla stessa stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c.

B. LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

La garanzia vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DAL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

La garanzia non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato i 3 anni di età. In caso di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici (salvo quanto espressamente previsto alle singole garanzie);
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo quanto espressamente previsto alle singole garanzie);
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetica (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
5. le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
6. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza;

Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

7. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
9. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
10. le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
11. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

B.3 LIMITI DI ETA'

L'adesione al piano di assistenza sanitaria integrativa può essere garantita fino al raggiungimento del 75° anno di età, cessando automaticamente alla scadenza annuale del piano di assistenza successiva al compimento di tale età da parte dell'Assicurato.

C. SINISTRI

C.1 DENUNCIA DI SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al numero di cui al punto 10 e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il presente 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 punti **3.7a)** "Sinistri in strutture convenzionate", **3.7b)** "Sinistri in strutture non convenzionate" o **3.7d)** "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Per tutte le prestazioni Extra-ospedaliere ovvero per le quali non è previsto il pagamento diretto da parte della Cassa, **il rimborso delle stesse avverrà entro e non oltre 30 giorni lavorativi decorrenti dal ricevimento della documentazione completa.**

Si precisa che ciascuna fattura o ricevuta potrà essere liquidata soltanto previa apposizione della relativa marca da bollo.

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti 3.7b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate".

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE

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

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno, con cui l'Assicurato 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 a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

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

Le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente alle strutture sanitarie convenzionate ed ai medici convenzionati ad eccezione degli eventuali scoperti e franchigie previsti per le singole garanzie così

come indicato nel presente capitolo, che dovranno essere saldati direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria/medico.

Per le spese mediche sostenute - coperte dalla garanzia - l'Assicurato delega la Cassa aggiudicataria, a pagare le strutture/medici convenzionate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie prevista dal piano, eccedenti il massimale garantito o non autorizzate.

Si precisa che ciascuna fattura o ricevuta potrà essere liquidata soltanto previa apposizione della relativa marca da bollo.

C.1.2. SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti delle somme garantite nel piano e con l'applicazione degli scoperti e delle franchigie previsti per le singole garanzie così come indicate nel presente capitolo.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute l'Assicurato deve inoltrare la seguente documentazione, in modalità on-line, alla Cassa attraverso l'accesso all'Area Riservata che sarà comunicata dalla Stazione appaltante:

- modulo di denuncia del sinistro corredata da copia della cartella clinica, conforme all'originale, in caso di ricovero, e da copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Cassa e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Cassa della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in copia, debitamente quietanzata, fermo restando che la Cassa potrà richiedere in ogni momento, la produzione degli originali o di copie conformi agli originali, qualora i documenti trasmessi risultassero in tutto o in parte illeggibili, incompleti o presentassero grafie diverse.

Il rimborso all'Assicurato avverrà entro e non oltre 30 giorni lavorativi decorrenti dal ricevimento della documentazione completa.

Si precisa che ciascuna fattura o ricevuta potrà essere liquidata soltanto previa apposizione della relativa marca da bollo.

C.1.3. SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA CASSA EFFETTUATE DA MEDICI NON CONVENZIONATI

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero da parte di personale medico non convenzionato, le spese fatturate dalla struttura convenzionata saranno liquidate secondo le modalità descritte al punto **3.7a)**, quelle relative al personale medico non convenzionato verranno rimborsate con le modalità previste al punto **3.7c)**, fermo in ogni caso restando che il limite delle somme garantite previste deve considerarsi come unica disponibilità, sia per quanto riguarda gli importi che saranno oggetto del pagamento diretto da parte della Contraente alle strutture convenzionate, sia del rimborso delle spese inerenti il personale medico non convenzionato.

Il rimborso all'Assicurato avverrà entro e non oltre 30 giorni lavorativi decorrenti dal ricevimento della documentazione completa.

Si precisa che ciascuna fattura o ricevuta potrà essere liquidata soltanto previa apposizione della relativa marca da bollo.

C.1.4 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, le spese per la retta di degenza e per i ticket sanitari verranno rimborsate integralmente, nel limite del massimale garantito, senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

Il rimborso all'Assicurato avverrà entro e non oltre 30 giorni lavorativi decorrenti dal ricevimento della documentazione completa.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato al punto **3.7 lett. a)** "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Cassa per le rette di degenza e **3.7 lett. c)** "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Cassa e medici non convenzionati" per i medici".

Il rimborso all'Assicurato avverrà entro e non oltre 30 giorni lavorativi decorrenti dal ricevimento della documentazione completa.

Si precisa che ciascuna fattura o ricevuta potrà essere liquidata soltanto previa apposizione della relativa marca da bollo.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredata da copia della cartella clinica conforme all'originale.

C.1.5. REPORTISTICA DEI SINISTRI

1. Al termine di ogni trimestre ed entro i 15 giorni solari successivi, la Cassa si impegna a fornire all'Associata, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, l'evidenza dei sinistri denunciati **a partire dalla data di decorrenza del piano sanitario**. A tal fine il tracciato trasmesso dovrà essere il cumulativo dei sinistri denunciati e non lo spaccato relativo al trimestre di riferimento. Tale elenco dovrà essere fornito con tracciato in formato .xlsx modificabile non protetto (ovvero protetto da password che dovrà essere comunicata con successiva mail tempestivamente all'invio della prima mail contenente il tracciato) e dovrà riportare per ciascun sinistro:
 - il numero del sinistro attribuito dalla Cassa;
 - la data di accadimento dell'evento;
 - la data della denuncia;
 - **la categoria dell'assicurato indicando TI, CO, FI, (TI=dipendente, CO=coniuge a carico fiscale, FI= figlio a carico fiscale,);**
 - la tipologia di garanzia distinta per prestazioni ottenute come da specifiche del Capitolato Tecnico;
 - il regime di gestione, in Rete convenzionata o rimborsuale;
 - l'indicazione dell'anno di nascita e sesso dell'assicurato;
 - l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a. sinistro chiuso senza seguito;
 - b. sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____;
 - c. sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo a riserva pari a € _____ Ad ogni trasmissione trimestrale tale riserva dovrà essere aggiornata fintanto che il sinistro permane in tale stato.
2. La Cassa si impegna a fornire trimestrale l'elenco completo dei sinistri respinti, corredata da relativa motivazione e data di chiusura; annualmente invece sarà tenuta a fornire il rapporto sinistri a premi riferito all'esercizio trascorso, sia in via aggregata che disaggregata.
3. Resta inteso che tutti i dati relativi ai sinistri, richiesti nel presente paragrafo, dovranno essere trasmessi ufficialmente dalla Cassa via PEC, con unico invio, all'indirizzo:
 - a. dell'Associata
4. Salvo quanto previsto al comma 1 del presente articolo ogni ulteriore informazione o dato richiesto dall'Autorità dovrà essere fornito secondo la tempistica e le modalità indicate dall'Autorità.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono alla Contraente/Associata di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. Tali richieste dovranno essere evase entro 7 giorni lavorativi.

La Cassa si obbliga, senza poter opporre obiezioni, a fornire alla Contraente/Associata, per i successivi 2 anni interi dal termine della singola annualità di riferimento, i dati dei sinistri utilizzando il medesimo tracciato descritto nel presente articolo.

A maggior chiarimento si riporta un esempio: I dati relativi ai sinistri denunciati nell'ipotetica annualità 01/10/2025-30/09/2026 dovranno essere forniti dalla Cassa, ad ogni successivo trimestre, con ultima estrazione al 30/09/2028. Tale obbligo potrà decadere solo a seguito di certificazione trasmessa via PEC su carta intestata della Società e firmata dal proprio procuratore nella quale si dichiara la chiusura dell'ultimo sinistro IBNR (Incurred But Not Reported) dell'annualità di riferimento.

Ai fini del presente Capitolato Tecnico la Cassa sarà libera da tale obbligo in occasione dell'ultima estrazione attesa per il giorno conclusivo della seconda annualità successiva alla scadenza contrattuale (in via esemplificativa: qualora la polizza dovesse scadere in data 30.6.2026, la Cassa sarà liberata dall'obbligo in questione il giorno 30.6.2028).

La mancata trasmissione di una o più comunicazioni trimestrali rappresenta violazione contrattuale.

C.1.6 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

a) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate.

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie, autorizzate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate **viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato ovvero verrà consegnata all'Assicurato entro il termine previsto alla successiva lettera b).**

b) Prestazioni in strutture non convenzionate.

La documentazione di spesa, qualora richiesta in originale, dovrà essere restituita all'Assicurato entro 30 giorni solari dalla liquidazione delle relative spese.

Il rimborso verrà inviato all'Assicurato entro e non oltre 30 giorni lavorativi decorrenti dal ricevimento della documentazione completa.

La Cassa, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle sue richieste di rimborso, provvede all'invio, **ovvero garantisce le informazioni attraverso il servizio di cui al precedente punto 10 lettera e),** dei seguenti riepiloghi:

- riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e non liquidate nel corso del mese;
- riepilogo trimestrale delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate nel corso del trimestre.

Nell'Area Riservata deve, inoltre, essere riportato – al termine di ciascun anno solare – il riepilogo, utile ai fini fiscali, di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione della voce attestante la somma totale del richiesto, la somma totale dell'importo liquidato, nonché la somma totale dell'eventuale importo rimasto a carico dell'Assicurato.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.