



ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITA' DI BOLOGNA

CAPITOLATO SPECIALE D'ONERI

**PER L'AFFIDAMENTO DELLA POLIZZA COLLETTIVA DI RIMBORSO SPESE
SANITARIE A FAVORE DEL PERSONALE CONTRATTUALIZZATO
DELL'ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITA' DI BOLOGNA
CON ADESIONE DEL NUCLEO FAMILIARE**

Publicato sul profilo del committente il 9.07.2018

F.to il Responsabile Unico del Procedimento (RUP)

Dirigente Area Patrimonio

Dott. Stefano Corazza

**POLIZZA COLLETTIVA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE
A FAVORE DEL PERSONALE CONTRATTUALIZZATO
DELL'ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITA' DI BOLOGNA
CON ADESIONE DEL NUCLEO FAMILIARE**

CONTRAENTE

CASSA PREVILINE ASSISTANCE

VIA PONTI, 8/10
20143 MILANO
P.I. 9714513015

ASSOCIATO

ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITA' DI BOLOGNA
Via Zamboni, 33
40126 BOLOGNA
C.F. 80007010376

SOCIETA' ASSICURATRICE

Agenzia di

DURATA DEL CONTRATTO

DALLE ORE 24 DEL	31/12/2018
ALLE ORE 24 DEL	31/12/2021

CON SCADENZE DEI PERIODI DI ASSICURAZIONE SUCCESSIVI AL PRIMO FISSATI

ALLE ORE 24 DI OGNI	31/12
----------------------------	--------------

SOMMARIO

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Art. 1 Definizioni.

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Premessa.

Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.

Art. 2 Assicurazione presso diversi Assicuratori.

Art. 3 Durata del contratto.

Art. 4 Determinazione del premio annuo.

Art. 5	Pagamento del premio.
Art. 6	Modalità di estensione – nuovi inserimenti – modalità di raccolta delle adesioni.
Art. 7	Regolazione del premio.
Art. 8	Modifiche dell'assicurazione.
Art. 9	Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società.
Art. 10	Oneri fiscali.
Art. 11	Foro competente.
Art. 12	Interpretazione del contratto.
Art. 13	Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta.
Art. 14	Gestione dei sinistri e modalità di liquidazione.
Art. 15	Informative sui rapporti con l'Assicurato.
Art. 16	Obbligo della Società di fornire i dati sull'andamento del rischio.
Art. 17	Partecipazione delle Società – associazioni temporanee di imprese (operante se del caso).
Art. 18	Coassicurazione e delega (operante se del caso).
Art. 19	Clausola broker.
Art. 20	Rinvio alle norme di legge.
Art. 21	Validità del contratto.
Art. 22	Validità delle norme dattiloscritte.
Art. 23	Tracciabilità dei flussi finanziari.
Art. 24	Tutela della <i>privacy</i> .
Art. 25	Termini di prescrizione.
Art. 26	Servizi aggiuntivi.

SEZIONE 3 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

	Premessa.
Art. 1	Area Ricovero.
Art. 2	Alta Specializzazione.
Art. 3	Visite specialistiche ed esami di laboratorio.
Art. 4	Medicinali.
Art. 5	Trattamenti Fisioterapici riabilitativi a seguito di malattia o infortunio.
Art. 6	Lenti e/o lenti a contatto.
Art. 7	Prestazioni odontoiatriche.
Art. 8	Pacchetto prevenzione.
Art. 9	Protesi ortopediche e acustiche.
Art. 10	Garanzia per stati di non auto sufficienza.
Art. 11	Consulenza organizzativa socio assistenziale.

SEZIONE 4 LIMITAZIONI

Art. 1	Estensioni territoriali.
Art. 2	Esclusione dall'assicurazione.
Art. 3	Limiti di età.

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Art. 1 – Definizioni.

Nel testo della presente polizza di assicurazione che segue, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Associato:	Alma Mater Studiorum Università di Bologna.
Assicurazione:	Il contratto di assicurazione sottoscritto dalle Parti.
Polizza collettiva:	Il documento che prova l'Assicurazione, stipulata ai sensi dell'art. 1891 c.c., da un contraente per conto e nell'interesse di un gruppo di assicurati.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza. Il Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) CASSA PREVILINE ASSISTANCE, iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui ai Decreti del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che stipula la polizza per conto dell'Associato.
Assicurato/beneficiario:	Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione, nello specifico: <ul style="list-style-type: none">• Personale tecnico-amministrativo (PTA a tempo determinato, PTA a tempo indeterminato, Collaboratori ed Esperti linguistici e Dirigenti) dell'Associato, Università di Bologna (si veda Allegato 1).• Relativo nucleo familiare intendendosi per tale, il coniuge o il convivente <i>more uxorio</i>, la persona designata da patti di convivenza, ed i figli, questi ultimi anche non conviventi purché fiscalmente a carico (si veda Allegato 2).
Beneficiario:	In caso di morte, gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'Assicurato stesso.
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.
Broker:	AON S.p.A. quale Società incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuta dalla Società.
Premio:	La somma dovuta dall'Associato alla Società.
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro:	Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia:	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico. 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 l'importo garantito.
Scoperto:	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo:	Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione.
Infortunio:	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
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.
Ricovero:	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.
Massimale per sinistro:	L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
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.
Centri Convenzionati(network):	La rete convenzionata costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti ed odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta Assistenza diretta.
Assistenza diretta:	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso il network della Società senza anticipare la spesa, ma delegando la Società al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante.
Day Hospital:	Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentata da cartella clinica con scheda nosologica.
Retta di Degenza:	Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.
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.
Visita specialistica – esami di laboratorio:	Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia o infortunio a carattere anche cruento e/o invasivo.
Case Manager:	Infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate.
Centrale Operativa:	La Struttura che consente l'erogazione delle prestazioni previste in polizza e che, con linea telefonica "verde" dedicata, provvede a: organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate; fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.
Documentazione Medica:	Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).
Indennità Sostitutiva/Diaria:	Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero e in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.
Somma Garantita/massimale mensile:	L'importo stabilito, negli specifici articoli di polizza relativi alla garanzia Art. 10 sez. 3 – “ <i>Garanzia per stati di non autosufficienza</i> ”, che rappresenta la somma mensile massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
Massimale:	L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
Certificato di assicurazione o Certificato:	Il documento che viene emesso dalla Società e che stabilisce i termini di operatività della singola copertura assicurativa.
Malattia:	Alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, ovvero ai fini del presente contratto, la malattia è definita come qualsiasi deterioramento involontario della salute che può essere accertato da personale medico professionista e che non sia definito come malformazione o difetto fisico.
Malattia improvvisa:	La malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppur improvvisa, di un

	precedente morbo noto all'Assicurato.
Medicinali:	Prodotti presenti nel prontuario farmacologico prescritti a seguito di malattia o infortunio fino a concorrenza dell'importo indicato. Tali prodotti devono essere prescritti dal medico curante, ferma restando l'esclusione per quelli relativi a fini estetici e dell'igiene personale.
Nucleo Familiare:	Contempla: - il dipendente dell'Azienda Associata alla Cassa Previline Assistance; - il coniuge; - il convivente more uxorio, la persona designata come coniuge da contratti di convivenza (same sex partner), purché risultanti dallo stato di famiglia; - i figli del dipendente conviventi risultanti dallo stato di famiglia; - i figli del dipendente non conviventi purché fiscalmente a carico.

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

PREMESSA.

I corrispettivi relativi al presente contratto (premi) confluiranno all'interno della Cassa di Assistenza sanitaria indicata nel frontespizio, iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui ai Decreti del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, con cui l'Università degli Studi di Bologna avrà stipulato apposito accordo e le prestazioni dovranno essere garantite dalla Compagnia aggiudicataria della presente procedura di affidamento. Le relative spese di adesione sono ricomprese nei premi pattuiti.

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.

Le dichiarazioni inesatte e reticenti dell'Associato/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C..

L'Associato/Assicurato deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C..

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio con effetto immediato rispetto alla comunicazione del Contraente e rinuncia al relativo diritto di recesso previsto dall'art. 1897 C.C.. La Società corrisponderà, al netto dell'imposta, la quota di premio pagata e non consumata, a scelta del Contraente, immediatamente oppure in occasione della scadenza dell'annualità di premio.

La mancata comunicazione da parte dell'Associato/Assicurato di circostanze aggravanti il rischio così pure le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione dell'assicurazione o durante il corso della stessa, non comporteranno decadenza dal diritto di indennizzo, né riduzione dello stesso sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute senza dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui le circostanze si sono verificate.

L'Associato/Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito in precedenza i soggetti assicurati con la presente polizza di assicurazione.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori.

E' data facoltà all'Associato/Assicurato di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

L'Associato è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art. 1910 C.C. per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 C.C..

Art. 3 – Durata del contratto ed efficacia.

L'assicurazione decorre dalle ore 24,00 del giorno 31/12/2018 e termina senza tacito rinnovo alle ore 24,00 del giorno 31/12/2021.

Il contratto avrà durata di anni tre, con decorrenza dalla data di attivazione della copertura assicurativa.

A tale data la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È prevista per entrambi le parti la facoltà, entro la naturale scadenza, di richiedere il rinnovo per altri due anni, da esercitarsi anche disgiuntamente (anno per anno).

È facoltà dell'Associato, entro la naturale scadenza iniziale o alle scadenze dei successivi rinnovi, richiedere alla Società, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 giorni.

La richiesta dell'Associato dovrà pervenire alla Società almeno tre mesi prima della scadenza del terzo anno, o dei rinnovi successivi, e la Società si impegna a riscontrare la richiesta entro e non oltre 30 giorni. Decorso tale termine senza che la Società abbia fornito riscontro l'Associato considererà accettata la richiesta di rinnovo.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 90 giorni dall'inizio della proroga.

L'Associato si riserva di affidare alla medesima Società la ripetizione di servizi analoghi, per un ulteriore periodo di ventiquattro mesi, ai sensi dell'art. 63, comma 5, D.Lgs. n. 50/2016.

Art. 4. Determinazione del premio annuo.

Il premio annuo è pari a quanto determinato in base ai parametri comunicati: numero totale di dipendenti aventi diritto alla data di stipulazione del contratto moltiplicato per il premio aggiudicato.

Tale premio sarà riparametrato alla scadenza di ogni annualità assicurativa, sulla base del numero dei dipendenti in forza a tale scadenza.

Art. 5 - Pagamento del premio.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 31/12/2018, per tutto il personale in forza alla data di effetto della copertura assicurativa, come da elenchi forniti dall'Associato, nonché per i componenti il nucleo familiare per i quale è stata espressa la facoltà di adesione.

A parziale deroga dell'art.1901 del codice civile, il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 90 (novanta) giorni dalla data della decorrenza della polizza; se il Contraente non paga il premio entro 90 (novanta) giorni, l'effetto dell'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se, il Contraente non paga il premio per le rate successive entro il 90° (novantesimo) giorno dalla scadenza, la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° (novantesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui viene paga-to quanto dovuto, ferme restando le scadenze successive stabilite.

Si precisa che unicamente per i Soggetti Beneficiari (Allegato 2) ad adesione facoltativa (Familiari del personale tecnico-amministrativo dell'Associato/Università degli Studi di Bologna), il relativo pagamento del premio dovrà essere corrisposto entro 180 (centoottanta) giorni dall'effetto dell'assicurazione.

In tale caso, se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 180° (centoottantesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze stabilite.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del D.P.R. 602/1973 la Società dà atto che: l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n. 40 e s.m.i. ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto; il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973 e s.m.i. costituisce adempimento ai fini dell'art.1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nella procedura di affidamento, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ai sensi del D.lgs 50/2016, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso Equitalia Servizi S.p.A., ai sensi del Decreto Ministeriale n.40 del 18/01/2008 e della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n.22 del 29/07/2008, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la Società stessa da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi di legge, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 (trenta) giorni di cui all'art. 3 del Decreto sopra citato.

Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72-*bis* del D.P.R. n. 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Tale termine è applicabile anche per il pagamento del premio relativo ad eventuali appendici di variazione o di attivazione.

Il contraente in fase di liquidazione del premio, ai sensi dell'art. 4 comma 3 del DPR 207/2010, opererà una ritenuta sull'importo netto del premio pari allo 0,50 per cento. Tale ritenuta potrà essere svincolata soltanto alla scadenza della polizza assicurativa, previa verifica di conformità delle prestazioni e rilascio del documento unico di regolarità contributiva.

Art. 6 - Modalità di estensione - nuovi inserimenti - modalità di raccolta delle adesioni.

Il dipendente assicurato che intenda estendere a proprio nucleo familiare la copertura assicurativa potrà esercitare tale facoltà (con onere a proprio carico) **entro la data di decorrenza della polizza, ove le tempistiche delle procedure di gara lo consentano, ovvero entro 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ferma l'efficacia della copertura assicurativa dalla data di effetto 31.12.2018.**

Dopo tale data, non sarà più possibile esercitare detta facoltà fino alla scadenza iniziale del contratto, fissata al 31.12.2021.

In corso di vigenza contrattuale, intendendosi per tale il periodo triennale di durata iniziale del contratto, potranno essere inseriti in copertura solo il Personale di nuova assunzione ed il relativo nucleo familiare ed i componenti il nucleo familiare dei dipendenti in forza, a seguito di modifica dello stato di famiglia (esempio: nuovi nati o nuovi coniugi o conviventi).

Per i dipendenti la copertura assicurativa sarà efficace dalle ore 24:00 della data di assunzione, se la comunicazione alla Società, anche per il tramite del broker, venga effettuata entro 30 giorni, dalla data di assunzione. Qualora la comunicazione sia posteriore la copertura assicurativa decorrerà dalle ore 24:00 della data di effettiva comunicazione.

Per i componenti il nucleo familiare la copertura assicurativa sarà efficace dalle ore 24:00 della data di assunzione del dipendente o dalla data variazione dello stato di famiglia, sempreché tali adesioni vengano comunicate entro 30 giorni, decorrenti dalla data di assunzione o dalla data di variazione del nucleo familiare. Decorso tale termine non sarà possibile procedere ad effettuare l'adesione sino alla scadenza finale del 31.12.2021.

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex dipendente e gli eventuali familiari assicurati, verranno mantenuti nella garanzia fino alla prima scadenza annuale successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Il dipendente assicurato ha facoltà di disdetta della copertura assicurativa attivata per il proprio nucleo familiare alla fine di ogni anno assicurativo, con preavviso di gg. 30; tuttavia tale disdetta precluderà la possibilità di rientrare nella copertura fino alla scadenza iniziale del contratto, 31.12.2021.

Quanto sopra risulta dettagliatamente disciplinato al successivo Art. 7 "*Regolazione del Premio*".

A maggiore precisazione di quanto sopra indicato si specifica che è possibile estendere la copertura separatamente ad ogni componente il nucleo familiare, così come definito alla sezione "*Definizioni*".

Art 7 – Regolazione del premio.

Il premio annuo per il complesso delle prestazioni indicate, comprensivo di oneri fiscali corrisponde al prezzo offerto in sede di gara relativo all'importo lordo pro-capite per ciascun Assicurato/Beneficiario.

Il premio viene conteggiato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza, sulla base del numero dei dipendenti dichiarati alla decorrenza del contratto, nonché sul numero dei componenti il nucleo familiare che hanno manifestato l'adesione alla copertura assicurativa.

Tale premio è regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo nel personale assicurato / adesioni del nucleo familiare intervenute.

Alla scadenza di ciascuna annualità si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in conseguenza delle inclusioni avvenute e comunicate nel corso dell'anno.

I premi relativi alle inclusioni di assicurati, dovute a personale di nuova assunzione, relativi famigliari, o ad una modifica dello stato di famiglia del personale in carica, sono così regolamentati:

- se le inclusioni sono avvenute nel primo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se le inclusioni sono avvenute nel secondo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'60% del premio annuo.

Eventuali esclusioni di assicurati, avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del premio che si considera acquisito dalla Società. Pertanto la copertura assicurativa cesserà alla scadenza dell'annualità.

Entro 30 gg dalla fine di ogni annualità assicurativa l'Ente dovrà inviare comunicazione riepilogativa delle esclusioni avvenute in corso d'anno (dimissioni, pensionamenti, ecc.) al fine di consentire la riparametrazione del premio per l'annualità successiva.

Le differenze attive dovute a termini del presente articolo dovranno essere pagate entro 90 giorni successivi al ricevimento da parte dell'Ateneo dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società entro 90 giorni dal ricevimento dei dati consuntivi da parte dell'Ateneo.

Se l'Ateneo non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Ateneo abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso dell'Ateneo, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

Per i contratti scaduti, se l'Ateneo non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art 8 - Modifiche dell'assicurazione.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art 9 - Forma delle comunicazioni dell'Associato alla Società.

Tutte le comunicazioni alle quali l'Associato è tenuto devono essere fatte con email o PEC indirizzate al Broker al quale l'Associato ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 10 - Oneri fiscali.

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Associato, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

Art.11 - Foro competente.

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede dell'Associato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. n. 28/2010 ss.mm.ii..

Art.12 - Interpretazione del contratto.

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art.13 – Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta.

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dall'Associato, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1901 del C.C..

Art. 14 - Gestione dei sinistri e modalità di liquidazione.

La Società metterà a disposizione degli Assicurati un portale web dedicato, tramite il quale l'Assicurato potrà effettuare le richieste di rimborso e caricare le copie della documentazione di spesa. Il portale dovrà consentire il caricamento delle copie delle fatture e della documentazione medica in formato pdf, nonché consentire all'Assicurato di verificare lo stato di lavorazione delle pratiche e l'aggiornamento della propria anagrafica

compreso l'indicazione dell'Iban su cui effettuare i rimborsi. Oltre al canale web la Società metterà a disposizione degli Assicurati un Modulo di richiesta di rimborso a cui saranno allegati i documenti di spesa e i certificati, tutto in fotocopia. Il Modulo verrà inviato tramite posta all'indirizzo indicato dalla Società. La Società rimborserà le spese a seguito di presentazione da parte dell'assicurato della documentazione completa dei documenti di spese (fattura e/o prescrizione medica, cartella clinica, etc) prodotti anche in fotocopia; dovrà inoltre garantire il rimborso, in un tempo massimo di 30 giorni, dal momento in cui la pratica risulti completa.

Art. 15 - Informativa sui rapporti con l'Assicurato.

Al fine di soddisfare le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli assicurati sullo stato delle loro richieste di rimborso, la Società dovrà mettere a disposizione, per ciascuna richiesta di rimborso e in tempo utile per gli adempimenti di legge (in particolare per la compilazione della dichiarazione dei redditi), un riepilogo del sinistro denunciato con l'indicazione, per ogni documento di spesa, dell'importo richiesto, di quello rimborsato e dell'eventuale quota rimasta a carico dell'assicurato (quest'ultima detraibile dalla dichiarazione dei redditi).

Art. 16 - Obbligo della Società di fornire dati sull'andamento del rischio.

Entro i 15 (quindici) giorni solari successivi al termine di ogni semestre, la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Associato l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della polizza. Tale elenco, che dovrà essere fornito in formato *excel* tramite *file* modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura) e riportare il riepilogo delle prestazioni erogate, dovrà essere conforme alla tabella qui sotto riportata.

Andamento sinistri alla data del _____				
Polizza n. _____				
Anno _____				
Tipologia Prestazione	N. sinistri aperti	Liquidato in rete	Liquidato fuori rete	sinistri respinti o senza seguito con motivazione
<i>Indennità per ricovero</i>				
<i>Alta specializzazione ed esami da laboratorio</i>				
<i>Visite specialistiche ed esami di laboratorio</i>				
<i>Fisioterapia</i>				
<i>Lenti e lenti a contatto</i>				
<i>Odontoiatria</i>				
<i>Protesi</i>				
<i>Assistenza per non autosufficienza temporanea</i>				
<i>Prevenzione</i>				

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono all'Associato di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate o con ulteriori dati ad integrazione. Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 15 (quindici) giorni solari dalla ricezione della richiesta inviata mediante PEC dall'Associato e/o dal broker.

Decorso tale periodo l'Associato, in caso di inadempienza da parte della Società, si riserva la facoltà di applicare una penale di Euro 50,00 per ogni giorno lavorativo di ritardo nella consegna delle statistiche.

Art. 17 - Partecipazione delle Società' – Associazione temporanea di imprese (operante se del caso).

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza può essere effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

Compagnia ... Società mandataria

Compagnia ... Società mandante

Compagnia ... Società mandante

Il termine "Società" indica, quindi, tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del broker, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

Compagnia ... Quota xx%

Compagnia ... Quota xx%

Compagnia ... Quota xx%

Art. 18 - Coassicurazione e delega (operante se del caso).

L'assicurazione è ripartita tra le Società indicate nel riparto del premio, in base alle rispettive quote percentuali:

⇒ Compagnia ... Quota ... % - Delegataria

⇒ Compagnia ... Quota ... %

⇒ Compagnia ... Quota ... %

L'Impresa Delegataria, comunque ed in ogni caso in deroga a quanto disposto dall'art.1911 c.c. e con responsabilità solidale di tutte le imprese partecipanti all'accordo di coassicurazione, sarà tenuta ad assolvere, in ogni caso e comunque, direttamente e per l'intero, tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del contraente e/o degli aventi diritto come derivanti dal presente contratto, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri nei confronti dell'Assicurato danneggiato o comunque dell'avente diritto, senza che possano essere ad esso opposte eccezioni e/o riserve da parte delle altre Imprese Coassicuratrici.

L'associato dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto a AON S.p.A. e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto dell'Ateneo e degli Assicurati da AON S.p.A. la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e/o alla disdetta, alla gestione dei sinistri, all'incasso dei premi di polizza, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Con la sottoscrizione della presente polizza le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto della comune gestione in ragione e/o a causa della presente polizza, dando mandato alla Società di firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni atto di gestione del contratto (appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata, ecc.) riconoscendo espressamente come validi e pienamente efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Art. 19 - Clausola Broker.

Alla società AON S.p.A. è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di broker, ai sensi degli artt. 108 e seguenti del D.Lgs. n. 209/2005 s.m.i..

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti il contratto saranno svolti per conto dell'Associato dal broker suddetto. Ogni comunicazione fatta dal broker, in nome e per conto dell'Associato, alla Società si intenderà come fatta dall'Associato. Parimenti, ogni comunicazione fatta dall'Associato al Broker si intenderà come fatta alla Società.

Resta infine inteso che ogni documento contrattuale sarà trasmesso al broker a spese della Società.

L'attività di brokeraggio non comporterà alcun onere economico a carico dell'Associato; il compenso del broker per lo svolgimento dell'incarico affidatogli sarà posto a carico della Società conformemente agli usi di mercato.

La Società riconosce che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker e/o tramite la Cassa di assistenza designata e che tale pagamento è liberatorio per l'Associato.

Farà fede, ai fini della copertura assicurativa, la data di una comunicazione scritta del Broker alla Società.
La Società è inoltre a conoscenza che non appena il contratto stipulato con AON, per il suddetto servizio di brokeraggio assicurativo scadrà, l'Associato comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del servizio di brokeraggio assicurativo, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo o la volontà dell'ente di gestire direttamente il servizio.

Art. 20 - Rinvio alle norme di legge.

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

Art. 21 – Validità del contratto.

Il suddetto contratto è operante per tutti gli eventi che potessero occorrere nel periodo di validità del contratto stesso anche per quei casi nei quali la denuncia o la liquidazione del danno avvenisse dopo la cessazione della polizza, purchè il fatto produttivo dell'evento si sia verificato nel periodo di validità dell'assicurazione.

Art. 22 – Validità delle norme dattiloscritte.

Si intendono operanti solo le norme riportate nel presente Capitolato speciale d'oneri.

La firma apposta dall'Associato su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio della eventuale ripartizione del rischio fra le società partecipanti alla coassicurazione.

Art. 23 – Tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società, il broker, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd. filiera), sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i..

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare all'Associato gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire, salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata, tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane S.p.A.) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dall'Associato.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 c.c. e dell'art. 3, c. 8 della Legge n. 136/2010.

La risoluzione del contratto non andrà comunque a pregiudicare le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione, restando quindi immutato il regolare decorso dell'*iter* liquidativo.

Art. 24 - Tutela della *privacy*.

Ai sensi del Regolamento Europeo Privacy (679/2016) e ss.mm.ii., le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Si informa che i dati verranno trattati senza finalità eccedente l'oggetto della presente polizza e nel rispetto della riservatezza e segretezza delle persone fisiche e giuridiche.

Art. 25 - Termini di prescrizione.

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente polizza è di 2 (due) anni a norma dell'art. 2952 codice civile.

Art. 26 - Servizi aggiuntivi.

La Società dovrà garantire i seguenti servizi per la gestione delle pratiche:

- un *call center* ed un indirizzo email dedicato;
- invio delle pratiche fuori convenzionamento in formato elettronico, senza ulteriore invio dei documenti in originale (anche cartaceo);
- portale *on-line* dedicato all'adesione del nucleo familiare e alla gestione delle pratiche, fatta salva la possibilità di utilizzare, a richiesta dell'Associato e con assenso della Società, il supporto del Broker;
- adeguata formazione per un numero di giornate non inferiore a due, a favore degli aventi diritto, con relativa consegna di documentazione esplicativa del servizio.

La Società, inoltre, dovrà impegnarsi a mantenere costante, per tutta la durata del contratto, compresi eventuali rinnovi e proroghe, almeno il numero dei centri convenzionati su territorio nazionale, dichiarati in gara.

In riferimento al numero complessivo dei convenzionamenti diretti in ambito Regione Emilia Romagna, anche tramite società specializzata incaricata, la Società deve garantire i seguenti numeri:

- a) istituti di cura pubblici e privati: un numero pari a 20 istituti;
- b) centri diagnostici e laboratori di analisi: pari a 30 centri;
- c) con medici: 150 medici;
- d) con odontoiatri: 50 odontoiatrici.

SEZ. -3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

PREMESSA.

L'assicurazione è prestata a favore del personale tecnico-amministrativo (PTA tempo determinato, PTA tempo indeterminato, Collaboratori ed Esperti linguistici e Dirigenti) dell'Associato, Università di Bologna (si veda **Allegato 1**).

Viene inoltre garantita la facoltà di estendere la presente assicurazione al nucleo familiare intendendosi per tale, il coniuge o il convivente *more uxorio* ed i figli, questi ultimi anche non conviventi purché fiscalmente a carico (si veda **Allegato 2**).

La copertura assicurativa, che viene prestata senza la preventiva compilazione di questionario sanitario, rimborsa le spese sanitarie sostenute per:

Art. 1 - AREA RICOVERO.

Diarìa per Ricovero con e senza intervento chirurgico.

In caso di ricovero in struttura pubblica o privata con o senza intervento chirurgico, l'assicurato avrà diritto a un'indennità di **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

Diarìa per Ricovero dovuto a grande intervento chirurgico (vedi elenco allegato *sub A*).

L'indennità di cui sopra sarà elevata ad **€ 150,00** per ogni giorno di ricovero nel caso di grande intervento chirurgico come da elenco allegato *sub A*).

Ospedalizzazione domiciliare.

La Società, per un periodo di 90 gg successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica fino ad un massimale di **€ 10.0000**.

La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle posizioni contenute nelle stesse.

La garanzia può essere erogata, nella modalità di rimborso, anche presso strutture sanitarie non convenzionate con la Società, previa valutazione del programma medico/riabilitativo suddetto.

In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30% per sinistro.

Art. 2 - ALTA SPECIALIZZAZIONE.

Angiografia, chemioterapia e terapie radianti, cobaltoterapia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia, ecocardiografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia, colonscopia, laserterapia a scopo fisioterapico, radioterapia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, PET, TAC, telecuore, artrografia, broncografia, cistografia, cistouretrografia, clisma opaco, colangiopancreato-grafia endoscopica retrograda (ERCP), colangiografia percutanea (PTC), colangiografia trans Kehr, colecistografia, dacriocistografia, defecografia, fistelografia, flebografia, fluorangiografia, galattografia, isterosalpingografia, mielografia, retinografia, rx esofago con mezzo di contrasto, rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto, rx tenue e colon con mezzo di contrasto, scialografia, splenoportografia, urografia, vescicolodeferentografia, videoangiografia, wirsunggrafia, elettroencefalogramma, elettromiografia.

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) con applicazione di **una franchigia di € 30,00** per accertamento.
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 10% con il minimo di € 50,00 per ogni accertamento in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: **€ 5.000,00** per assicurato, **elevato a € 10.000,00** per cure oncologiche.

Art. 3 - VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI DI LABORATORIO.

Onorari per visite specialistiche con l'esclusione delle odontoiatriche e ortodontiche.

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) con applicazione di una franchigia di **€ 20,00 per accertamento**.
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di **scoperto 20%** con il minimo di **€ 70,00** per ogni accertamento in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: **€ 5.000,00** per assicurato.

Art. 4 - MEDICINALI.

Rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di medicinali dietro prescrizione medica per un massimo di € 100,00 con applicazione della franchigia di € 10.

Art. 5 - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO.

Rimborso delle spese per trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi a seguito di malattia o infortunio, compresa l'agopuntura a fini antalgici, sempreché siano prescritte da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) con applicazione della franchigia di € 70,00 per trattamento .
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 25% con il minimo di € 70,00 per ogni fattura in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: € 500,00 per assicurato.

Art. 6 - LENTI E/O LENTI A CONTATTO (Escluse le montature).

Necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus. Massimale annuo assicurato € 150,00 per assicurato, con applicazione della franchigia di € 50,00.

Art. 7 - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE.

Comprende:

- Spese per terapie conservative e ortodonzia.
- Spese per le protesi dentarie.

Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'Assicurato) e rimborso delle spese sostenute per ogni fattura in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.

- Strutture sanitarie convenzionate: applicazione di uno scoperto del 10%.
- Struttura non convenzionata con la Società: applicazione di uno scoperto del 30%.
- Ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: € 500,00 per assicurato.

Art. 8 - PACCHETTO PREVENZIONE.

PREVENZIONE DENTISTICA (In un'unica soluzione* e solo in centri convenzionati).

Una volta l'anno è previsto il pagamento integrale di:

- una visita specialistica;
- una igiene orale professionale completa.

PREVENZIONE (In un'unica soluzione* e solo in centri convenzionati).

La Società assicuratrice provvede al pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) delle prestazioni di prevenzione effettuate solo in strutture sanitarie convenzionate.

- Elenco esami validi per **tutti** gli assicurati **1 volta/anno**: alanina, aminotransferasi ALT, aspartato aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, gamma GT, glicemia, trigliceridi, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), urea, VES, urine (esame chimico, fisico e microscopico), feci (ricerca del sangue occulto).
- Prestazioni previste per le **donne, 1 volta/anno**: pap test, ECG da sforzo, mammografia.
- Prestazioni previste per le **donne con età superiore ad anni 55, 1 volta/2 anni**: ecotomografia addome completo, Ecodop-pler venoso arti inferiori, Ecocardiografia, M.O.C.
- Prestazioni previste per gli **uomini, 1 volta/anno**: PSA (specifico antigene prostatico), visita urologica e ECG da sforzo.
- Prestazioni previste per gli **uomini con età superiore ad anni 55, 1 volta/2 anni**: ecotomografia addome completo, Rx torace, Ecodoppler venoso arti inferiori, Ecocardiografia

***Con l'espressione "In un'unica soluzione" si intende che le prestazioni dovranno essere richieste unitariamente ed in un unico contesto temporale. E' anche possibile richiedere esclusivamente una o più prestazioni presenti nel pacchetto prevenzione. Le prestazioni presenti nel pacchetto che non venissero richieste contestualmente non potranno più essere erogate nello stesso anno assicurativo.**

Art. 9 - PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE.

Protesi ortopediche e acustiche con applicazione di **scoperto 20%** e minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per fattura. Massimale annuo assicurato **€ 1.000,00** per assicurato.

Art. 10 - GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA DEFINIZIONE DELLA GARANZIA.

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita all'assicurato quando questi si trova in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto "*Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo*".

La garanzia si attiva solo nel caso di stato di non autosufficienza temporaneo.

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ.

Ai fini dell'operatività della presente garanzia, l'assicurato non deve rientrare in una delle seguenti condizioni di "non assicurabilità" al momento dell'inserimento nella polizza.

Avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare.

Trovarsi nelle condizioni di poter usufruire una pensione di invalidità o di poter richiedere una rendita per invalidità permanente che corrisponda a un livello di invalidità superiore al 40%.

Presentare postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.

Essere affetto dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEO.

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza temporaneo l'assicurato che presenti la necessità dell'aiuto di un terzo per compiere almeno tre dei seguenti atti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi. La Società corrisponde l'importo garantito quale somma assicurata per il periodo computato in giorni per i quali perdura lo stato di non autosufficienza temporaneo.

SOMMA ASSICURATA.

Il massimale mensile della garanzia, nel caso in cui l'assicurato si trovi nelle condizioni indicate al precedente punto "*Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo*", corrisponde a **€ 1.000,00** per assicurato.

Art. 11 - CONSULENZA ORGANIZZATIVA SOCIO ASSISTENZIALE.

La Società fornisce una Consulenza Specialistica Socio Assistenziale all'assicurato che dovesse trovarsi, a causa di malattia o a seguito di infortunio, avvenuto successivamente all'effetto del contratto, in uno stato di non autosufficienza, intendendo per tale lo stato in cui sia necessario l'aiuto di un terzo per compiere due o più dei seguenti atti ordinari della vita quotidiana, quali, spostarsi, lavarsi, vestirsi e nutrirsi.

In questi casi la Società metterà a disposizione una centrale operativa, alla quale il socio o un suo familiare potrà rivolgersi per sottoporre il proprio caso.

La Società, dopo aver effettuato una specifica valutazione sulla singola posizione e considerate le specifiche necessità, attraverso un'adeguata intervista telefonica direttamente effettuata dal proprio *Case Manager*, proporrà:

- un servizio di indirizzamento, ai servizi sanitari /sociali più opportuni per il non autosufficiente;
- darà informazioni sui servizi sanitari/sociali forniti dalle strutture socio assistenziali del territorio fornendo indicazioni sugli uffici deputati a svolgere queste mansioni;
- fornirà all'assicurato la "*Guida Generale*" contenente tutti i vari passaggi burocratici, amministrativi e normativi che regolamentano la posizione dei non autosufficienti e che devono essere attuati a tutela e presidio dell'assicurato in questa condizione.

SEZ. - 4 – LIMITAZIONI

Art. 1 - ESTENSIONE TERRITORIALE.

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Nell'ipotesi in cui la Società, tramite accordi internazionali, non possa offrire la possibilità agli assicurati di utilizzare una rete di centri convenzionati (attraverso cui garantire il pagamento diretto senza anticipo da parte dell'assicurato), la garanzia opererà solo nella forma rimborsale, ferma restando la preventiva autorizzazione della Centrale Operativa..

Art. 2 - ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE.

Premesso che la validità della copertura prescinde dalle condizioni fisiche degli Assicurati, l'assicurazione non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, se di carattere estetico;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo non siano esplicitamente previsti in polizza);
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- 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;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- 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;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Art. 3 - LIMITI DI ETÀ.

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del **75° anno di età** dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dello stesso Assicurato.

ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

1. Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
2. Interventi di cranioplastica
3. Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
4. Asportazione tumori dell'orbita
5. Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
6. Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
7. Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

8. Interventi per neoplasie del globo oculare
9. Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

10. Asportazione di tumori maligni del cavo orale
11. Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
12. Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
13. Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
14. Ricostruzione della catena ossiculare
15. Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
16. Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

17. Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
18. Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

19. Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
20. Interventi per fistole bronchiali
21. Interventi per echinococchi polmonare
22. Pneumectomia totale o parziale
23. Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

24. Interventi sul cuore per via toracotomica
25. Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
26. Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
27. Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
28. Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
29. Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
30. Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

31. Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
32. Interventi con esofagoplastica
33. Intervento per mega-esofago
34. Resezione gastrica totale
35. Resezione gastro-digiunale
36. Intervento per fistola gastro-digiunocolica
37. Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
38. Interventi di amputazione del retto-ano
39. Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
40. Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
41. Drenaggio di ascesso epatico
42. Interventi per echinococchi epatica
43. Resezioni epatiche
44. Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
45. Interventi chirurgici per ipertensione portale

47. Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
48. Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
49. Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

50. Nefroureterectomia radicale
51. Surrenalectomia
52. Interventi di cistectomia totale
53. Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
54. Cistoprostatovesicolectomia
55. Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
56. Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

57. Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
58. Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
59. Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

60. Interventi per costola cervicale
61. Interventi di stabilizzazione vertebrale
62. Interventi di resezione di corpi vertebrali
63. Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
64. Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
65. Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

66. Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
67. Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
68. Correzione chirurgica di megauretere congenito
69. Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

70. Tutti

CHIRURGIA GENERALE

71. Mastectomia unilaterale e/o bilaterale e ulteriori interventi ricostruttivi

ALLEGATO 1
COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE
NUMERO PREVENTIVATO BENEFICIARI DI POLIZZA
risultante al 31/12/2017:

PERSONALE TECNICO-AMMINISTRATIVO	
PTA a tempo determinato	102 unità
PTA a tempo indeterminato	2.779 unità
Collaboratori ed Esperti linguistici e lettori a contratto	71 unità
Dirigenti	15 unità

Il numero preventivato di Soggetti Beneficiari di polizza è pari a 2.967 unità, parametro utilizzato per il calcolo del premio di Gara in sede di Offerta economica.

Il premio anno lordo pro capite s'intende stabilito in euro 310,00.

ALLEGATO 2 - COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE PIANO AD ADESIONE FACOLTATIVA.

Ferme le condizioni dell'offerta tecnica proposta in Gara.

Familiari del personale tecnico-amministrativo (PTA a tempo determinato, PTA a tempo indeterminato, dei Collaboratori ed Esperti linguistici, dei Dirigenti):

- il coniuge;
- il convivente more uxorio, la persona designata come coniuge da contratti di convivenza (same sex partner), purché risultanti dallo stato di famiglia;
- i figli del dipendente conviventi risultanti dallo stato di famiglia,
- i figli del dipendente non conviventi purché fiscalmente a carico.

Premio annuo lordo aggiuntivo per il coniuge/convivente more uxorio: € 310,00

Premio annuo lordo aggiuntivo per ciascun figlio: € 250,00

I premi indicati non sono soggetti a ribasso d'asta

I massimali del piano rimarranno per persona.

INGRESSO IN COPERTURA

Ciascun assicurato aderisce alla presente polizza mediante la sottoscrizione del modulo di adesione unitamente alla documentazione relativa alla valutazione di adeguatezza del contratto e alla dichiarazione di aver ricevuto il modulo *privacy* (modulo di adesione del nucleo familiare). La Contraente/Società si impegna a consegnare e far sottoscrivere tali modelli che saranno conservati dalla Contraente/Società.