



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**

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**

La presente polizza è stipulata tra

CASSA PREVILINE ASSISTANCE
VIA ERNESTO CALINDRI, 6
20143 MILANO
P.I. 97149130151

Per l'Associato

**ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITA' DI BOLOGNA**
VIA ZAMBONI, 33
40126 BOLOGNA
C.F. 80007010376

e

SOCIETA' ASSICURATRICE

Durata del Contratto:

Dalle ore 24 del 31.12.2023

Alle ore 24 del 31.12.2025

Con scadenza dei periodi di assicurazione successivi al primo, fissati al 31.12 di ogni anno

2 di 40





INDICE

DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'	5
PREMESSA	8
SEZIONE I – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	9
Art. 1 – Durata del contratto	9
Art. 2 – Soggetti assicurati	9
Art. 3 – Inclusione ed esclusione degli assistiti	10
Art. 4 – Pagamento e regolazione del premio	11
Art. 5 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	13
Art. 6 – Obblighi dell'Assicuratore – Attività di supporto e assistenza	13
Art. 8 – Criteri di liquidazione	15
Art. 9 – Obbligo della Società di fornire dati sull'andamento del rischio	15
Art. 10 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – variazione del rischio	17
Art. 11 – Revisione del prezzo	17
Art. 12 – Assicurazione presso diversi Assicuratori	18
Art. 13 – Modifiche dell'assicurazione	18
Art. 14 – Forma delle comunicazioni dell'Associato alla Società	18
Art. 15 – Oneri fiscali	18
Art. 16 – Foro competente	19
Art. 17 – Interpretazione del contratto	19
Art. 18 – Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta	19
Art. 19 – Informative sui rapporti con l'Assicurato	19
Art. 20 – Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese (operante se del caso)	19
Art. 21 – Coassicurazione e delega	19
Art. 22 – Clausola Broker	20
Art. 23 – Rinvio alle norme di legge	21
Art. 24 – Validità del contratto	21
Art. 25 – Validità delle norme dattiloscritte	21
Art. 26 – Tracciabilità dei flussi finanziari	21
Art. 27 - Tutela della privacy	22
Art. 28 – Termini di prescrizione	22
Art. 29 – Garanzia definitiva	22
Art. 30- Clausola risolutiva espressa e risoluzione del contratto per inadempimento	22
SEZIONE II – MODALITA' DI EROGAZIONE E CRITERI DI LIQUIDAZIONE	24
Art. 1 - Regime di convenzionamento diretto	24
Art. 2 - Regime rimborsuale	24
SEZIONE III – OGGETTO DELLA COPERTURA	25
Art. 1 – Oggetto del servizio	25
Art. 2 – Area Ricovero	25





Art. 3 – Alta Specializzazione	25
Art. 4 – Visite specialistiche / Esami di laboratorio	27
Art. 5 – Medicinali.....	27
Art. 6 – Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di malattia o infortunio	27
Art. 7 – Lenti e/o Lenti a contatto (escluse montature).....	28
Art. 8 – Prestazioni odontoiatriche.....	28
Art. 9 – Pacchetto prevenzione	28
Art. 10 – Protesi ortopediche e acustiche	29
Art. 11 – Garanzia per stati di non autosufficienza	29
Art. 12 – Consulenza Organizzativa Socio-Assistenziale.....	30
Art. 13 – Prevenzione delle malattie metaboliche	31
Art. 14 – Mother care	32
Art. 15 – Diagnosi comparativa per le seguenti patologie	32
Art. 16 – Monitoraggio malattie croniche	33
SEZIONE IV – LIMITAZIONI.....	34
Art. 1 – Estensione territoriale	34
Art. 2 – Esclusioni dall’Assicurazione.....	34
Art. 3 – Limiti di età	35
ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	36
ALLEGATO 1 - COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE PIANO AD ADESIONE FACOLTATIVA.	39





DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

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

- **Annualità assicurativa o periodo assicurativo:** Periodo in cui la polizza garantisce copertura. Viene calcolato a partire dalla data di decorrenza della polizza, così come specificato all'art. 1 "Durata del contratto".
- **Assicurato/ Beneficiario:** Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione, nello specifico:
 - Personale tecnico-amministrativo (PTA a tempo determinato, PTA a tempo indeterminato, Collaboratori ed Esperti linguistici e Dirigenti) dell'Associato, Università degli Studi di Bologna
 - Relativo nucleo familiare intendendosi per tale, il coniuge o il convivente more uxorio, la persona designata da patti di convivenza, ed i figli, questi ultimi anche non conviventi purché fiscalmente a carico.
- **Assicurazione:** Il contratto di assicurazione sottoscritto dalle Parti.
- **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.
- **Assistenza indiretta:** La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'Assistito riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso i centri non convenzionati o da personale medico non convenzionato. In questo caso la copertura della prestazione viene gestita sotto forma di rimborso.
- **Associato:** Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna.
- **Broker:** AON S.p.A. quale Società incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuta dalla Società.
- **Cassa di Assistenza** La Cassa assistenziale, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di Legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
- **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.
- **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.
- **Certificato di assicurazione o Certificato:** Il documento che viene emesso dalla Società e che stabilisce i termini di operatività della singola copertura assicurativa.
- **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.
- **Data evento:** Per data evento si intende la data effettiva della prestazione. Per la garanzia ospedalizzazione domiciliare la copertura si intende estesa ai 90 giorni successivi alla data di dimissioni – anche eventualmente successivi alla scadenza della polizza – purché il ricovero a cui le spese fanno riferimento sia avvenuto durante la vigenza del contratto.
- **Difetto Fisico:** Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

5 di 40





- **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.
- **Documentazione di spesa:** Documentazione di spesa, comprese le notule e ricevute dei farmaci.
- **Ente:** Associato
- **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.
- **Grandi Interventi:** Gli interventi elencati nell'apposita sezione di polizza.
- **Indennità Sostitutiva/Diaria:** Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero.
- **Indennizzo:** La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
- **Infortunio:** Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- **Intervento Chirurgico:** Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria
- **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:** 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.
- **Malformazione:** Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
- **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.
- **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:** si considera nucleo familiare del 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.
- **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.
- **Premio/Contributo:** La somma dovuta dall'Associato alla Società.
- **Ricovero:** La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.
- **Rischio:** La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
- **Scoperto:** La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

6 di 40





- **Sinistro:** Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
- **Società:** L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.
- **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.

Se non diversamente specificato i termini temporali espressi nel presente documento sono tutti da intendersi come solari.





PREMESSA

Le prestazioni oggetto della presente assicurazione confluiranno all'interno del Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 della Cassa di Assistenza Sanitaria che la Compagnia dovrà garantire e con la quale l'Università degli Studi di Bologna dovrà stipulare apposito accordo.

Le relative spese di adesione sono ricomprese nei premi pattuiti in Convenzione.

Il presente Capitolato ha l'obiettivo di definire le caratteristiche e i requisiti relativi all'acquisizione di servizi di assistenza sanitaria a favore del Personale tecnico- amministrativo (PTA a tempo determinato, PTA a tempo indeterminato, Collaboratori ed Esperti linguistici e Dirigenti) dell'Università degli Studi Di Bologna e relativo nucleo familiare.

I servizi, il dimensionamento, le modalità di esecuzione e tutte le indicazioni espresse nel presente Capitolato e nelle relative appendici rappresentano la specificazione necessaria per il presente affidamento e, pertanto, le prescrizioni ivi contenute rappresentano requisiti minimi.

Ciò comporta che:

- in fase di offerta, il mancato rispetto di quanto specificato nel presente Capitolato e nelle sue appendici comporterà l'esclusione dalla procedura di gara;
- in fase di esecuzione, il mancato rispetto di quanto specificato nel presente Capitolato e nelle sue appendici, oltre al mancato rispetto di quanto offerto dall'operatore economico in gara, costituirà inadempimento contrattuale che comporterà l'applicazione delle apposite azioni contrattuali.

Le prestazioni oggetto dell'appalto dovranno essere eseguite secondo le modalità e alle condizioni espresse nel presente Capitolato, che descrive il contesto di riferimento e applicativo oggetto dell'appalto, nonché i livelli di servizio che devono essere rispettati in fase di esecuzione.





SEZIONE I – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – Durata del contratto

Il contratto ha durata di due anni con decorrenza dalle ore 24.00 del 31.12.2023 e scadenza alle ore 24 del 31.12.2025, senza tacita proroga, o dalla diversa data di avvio comunicata dal Responsabile Unico del Procedimento.

È, inoltre, facoltà dell'Ente richiedere per 12 mesi (fino al 31.12.2026 o fino a diversa data dipendente da quella di avvio) la prosecuzione del servizio alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, con preavviso di 210 giorni (31.05.2025 o diversa data dipendente da quella di avvio) rispetto alla scadenza.

La Società aggiudicataria potrà, in questo caso, entro 180 giorni dalla scadenza (30.06.2025 o diversa data dipendente da quella di avvio) comunicare all'Ente l'accettazione o il rifiuto della richiesta.

È, inoltre, facoltà dell'Associato, con preavviso non inferiore a 90 giorni antecedenti la cessazione della garanzia, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento o al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione.

La Società, a fronte della corresponsione del 60% di premio pagato, calcolato sulla base del numero dei beneficiari in servizio alla data di decorrenza della proroga comunicati entro massimo 30 giorni dalla decorrenza della stessa si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali (massimali interi) per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza. Il Contraente s'impegna a versare il premio relativo al predetto periodo entro 90 giorni dalla data di effetto del medesimo periodo di proroga.

Art. 2 – Soggetti assicurati

La presente copertura assicurativa viene prestata senza preventiva compilazione di questionario sanitario in favore dei seguenti soggetti:

a) Soggetti assicurati collettivamente dal Piano Sanitario

L'assicurazione è prestata in favore del personale tecnico-amministrativo (PTA tempo determinato, PTA tempo indeterminato, Collaboratori ed Esperti linguistici e Dirigenti) dell'Università degli Studi di Bologna indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti. I soggetti di cui sopra sono i Titolari di copertura sanitaria.

b) Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario

I Titolari possono estendere facoltativamente e a proprio carico la copertura del Piano Sanitario al proprio nucleo familiare, intendendosi per tale:

- 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.





Art. 3 – Inclusione ed esclusione degli assistiti

A seguito dell'avvio del servizio, l'Università degli Studi di Bologna fornirà l'elenco del personale in servizio presso la stessa entro 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura.

Le inclusioni di assicurati, dovute a personale di nuova assunzione, sono così regolamentate:

- se avvenute nel primo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se 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. 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.

Le variazioni di assicurati che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicate dal Committente, a mezzo posta elettronica alla Società, per tramite del Broker.

Nel caso di nuova assunzione 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.

Si specifica che qualunque sia la data di inclusione di un nuovo Assicurato, il massimale non subisce variazioni in aumento o diminuzione nell'importo garantito.

Le inclusioni di assicurati ad adesione facoltativa sono così regolamentate:

1. Alla decorrenza del contratto, gli aventi diritto avranno a disposizione una finestra di ingresso di 30 giorni, durante la quale potranno effettuare l'adesione al piano sanitario per i propri familiari attraverso un portale dedicato messo a disposizione dalla Compagnia. La decorrenza della copertura sarà quella del contratto.
2. I nuovi assunti inclusi durante l'anno, avranno 30 giorni di tempo dall'assunzione per effettuare l'adesione dei propri familiari al Piano Sanitario attraverso un portale dedicato messo a disposizione dalla Compagnia. La copertura avrà come effetto la data dell'adesione stessa previa verifica del pagamento del premio.

Il premio verrà calcolato come segue:

- Per le adesioni nel primo semestre dell'anno, dovrà essere corrisposto il premio annuo;
- Per le adesioni nel secondo semestre dell'anno, dovrà essere corrisposto il 60% del premio annuo

Eventuali esclusioni di assicurati ad adesione facoltativa avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del premio che si considera pertanto acquisito dalla Società.

10 di 40





Nel caso in cui l'Assicurato non includa i familiari, secondo le modalità e i termini di cui sopra, non sarà possibile procedere al loro inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (due anni).

In corso di vigenza contrattuale, intendendosi per tale il periodo biennale di durata iniziale del contratto, potrà essere inserito in copertura solo il nucleo familiare del personale di nuova assunzione ed i componenti del nucleo familiare dei dipendenti in forza, a seguito di modifica dello stato di famiglia (esempio: nuovi nati o nuovi coniugi o conviventi) nei limiti di 30 giorni dall'assunzione o dalla variazione dello stato di famiglia.

Nel caso in cui venga esercitata dall'Università degli Studi di Bologna – e accettata dalla Compagnia – l'opzione di rinnovo per i successivi 12 mesi, verrà prevista una nuova finestra di ingresso di 30 giorni per le adesioni da effettuarsi tramite il portale dedicato messo a disposizione dalla Compagnia.

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 30 giorni; tuttavia, tale disdetta precluderà la possibilità di rientrare nella copertura fino alla scadenza iniziale del contratto, 31.12.2025 o diversa data dipendente dall'avvio del servizio.

A maggiore precisazione di quanto sopra indicato si specifica che è possibile estendere la copertura separatamente ad ogni componente del nucleo familiare.

Art. 4 – Pagamento e regolazione del premio

Il premio annuo per il complesso delle prestazioni indicate, comprensivo di oneri fiscali, corrisponde ad euro 480,00 per ogni dipendente beneficiario.

Il premio annuo verrà corrisposto sulla base del numero effettivo di dipendenti beneficiari all'01.01 di ogni annualità. L'Università degli Studi di Bologna trasmetterà l'anagrafica di tali assicurati entro 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura. Ad oggi si stima un numero di assicurati pari a 3.115.

Il premio di cui sopra verrà regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, secondo le inclusioni intervenute durante lo stesso periodo.

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 pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze successive stabilite.

Si precisa che unicamente per i Soggetti Beneficiari 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 (centottanta) 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° (centottantesimo) 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 dà 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.

Entro 30 giorni dalla fine di ogni annualità assicurativa l'Ente dovrà inviare comunicazione riepilogativa delle inclusioni avvenute in corso d'anno 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 o 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 tale termine il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o 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. 5 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato deve presentare denuncia alla Società/Cassa con la massima sollecitudine possibile a partire dal momento in cui ne viene a conoscenza, nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni sia in modalità diretta che rimborsuale, presentando la documentazione, come specificato nella SEZIONE II – MODALITA' DI EROGAZIONE E CRITERI DI LIQUIDAZIONE.

Art. 6 – Obblighi dell'Assicuratore – Attività di supporto e assistenza

La Società dovrà garantire per la gestione delle pratiche:

- a) Creazione di un numero telefonico da contattare senza oneri per l'Assicurato e predisposizione di una mail dedicata alla gestione delle pratiche: l'Assicuratore si impegna ad intrattenere tutte le comunicazioni e la corrispondenza esclusivamente in lingua italiana. Esso si obbliga a fornire supporto e assistenza agli Assistiti su tutte le informazioni inerenti:
- le condizioni di assicurazione;
 - le modalità di accesso alla rete convenzionata;
 - lo stato dei sinistri;
 - i tempi di rimborso e ogni altra informazione necessaria ad agevolare la corretta e tempestiva erogazione del servizio.

Il sopra indicato elenco viene riportato a titolo esemplificativo e non esaustivo.

Fermo restando che sul sito dell'Università degli Studi di Bologna (<https://www.unibo.it/it>) sarà possibile trovare informazioni sulla copertura sanitaria, l'Assicuratore fornirà supporto agli Assistiti nell'istruzione delle pratiche di rimborso, informazioni sul Piano Sanitario ed attivazione dello stesso attraverso una Centrale Operativa dotata di un call center dedicato e una mail dedicata. L'attività di supporto e assistenza dovrà essere garantita almeno dal lunedì al venerdì dalle 9.30 alle 18.30.

L'Assicuratore si impegna altresì, in caso di richiesta di prestazioni sanitarie presso strutture convenzionate con presa in carico diretta a dare riscontro, per il tramite della Centrale Operativa, positivo o negativo





all'Assistito, entro il termine massimo di cinque giorni lavorativi dalla data prevista per la prestazione prenotata.

- b) Creazione di un portale on-line dedicato alla gestione delle pratiche: entro 30 giorni solari dalla data di decorrenza dell'Assicurazione, l'Assicuratore provvederà a rendere disponibile un portale web dedicato (accessibile tramite link presente nel sito dell'Università degli Studi di Bologna) che consenta all'Assistito di:
- visualizzare e scaricare tutte le informazioni e la modulistica relativa ai piani sanitari;
 - visionare le strutture convenzionate;
 - accedere alla propria area riservata con apposite credenziali per l'attivazione delle richieste di assistenza diretta e di rimborso, allegando la relativa documentazione sanitaria e di spesa. Il portale dovrà consentire all'assicurato di verificare lo stato di lavorazione delle pratiche, l'eventuale motivazione di rifiuto del rimborso e l'aggiornamento della propria anagrafica, compresa l'indicazione dell'IBAN su cui effettuare i rimborsi in ottemperanza alla disciplina del Codice per la protezione dei dati personale, sia in termini di informativa al trattamento che in termini di misure di sicurezza.
- Oltre al portale 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.

Quanto sopra viene indicato a titolo esemplificativo e non esaustivo.

Inoltre, l'Università degli Studi di Bologna ed il Broker dovranno avere apposite credenziali per accedere ad un'area riservata per la consultazione in tempo reale di tutte le pratiche in gestione con dettaglio dello stato di lavorazione, in regola con le disposizioni di legge in materia di protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679 – "GDPR").

- c) Creazione di un portale on-line dedicato all'adesione del nucleo familiare fatta salva la possibilità di utilizzare, a richiesta dell'Associato e con assenso della Società, il supporto del Broker.
- d) Organizzazione di un'adeguata formazione per un numero di giornate non inferiore a due, a favore degli aventi diritto, con relativa consegna di documentazione esplicativa del servizio.
- e) 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 delle province di Bologna, Forlì, Rimini, Cesena e Ravenna, anche tramite società specializzata incaricata, la Società deve garantire i seguenti numeri:
 - istituti di cura pubblici e privati, poliambulatori e centri fisioterapici: 20;

14 di 40





- centri odontoiatrici: 25.
- In riferimento al numero complessivo dei convenzionamenti diretti nel territorio nazionale (escluse le province citate al punto precedente) la Società deve garantire i seguenti numeri:
 - istituti di cura pubblici e privati: un numero pari a 100 istituti, di cui almeno 1 per capoluogo di regione; nei capoluoghi in cui non dovessero essere disponibili tali strutture, bisognerà garantire almeno 1 struttura nella regione o in una delle regioni confinanti.
 - centri diagnostici e laboratori di analisi: 1.000 centri di cui almeno 1 per capoluogo di regione; nei capoluoghi in cui non dovessero essere disponibili strutture bisognerà garantire almeno 1 struttura nella regione o in una delle regioni confinanti.
 - centri odontoiatrici: circa 700 centri, di cui almeno 30 per regione

Art. 8 – Criteri di liquidazione

Entro 30 giorni solari dall’inserimento della richiesta la Società dovrà:

- evadere la pratica effettuando il pagamento dell’importo da liquidare;
- respingere la pratica con obbligo di motivazione;
- sospendere la pratica richiedendo eventuale documentazione integrativa.

Art. 9 – 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. Il dettaglio dei sinistri, che dovrà essere fornito in formato *Excel* tramite *file* modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura), sarà così suddiviso:

- Tipologia di prestazione
- Numero del sinistro attribuito dalla Compagnia
- Data di accadimento dell’evento;
- Data di denuncia del sinistro;
- Tipo di assicurato (Titolare, Familiare);
- Stato del sinistro (“aperto”, “chiuso”, “chiuso senza seguito”);
- Importo richiesto;
- Importo liquidato
- Importo riservato;
- Canale di erogazione (rete, fuori rete, SSN).

Andamento sinistri alla data del _____

15 di 40





Polizza n. _____

Anno _____

Tipologia prestazione	Numero Sinistro	Data di accadimento	Data di denuncia	Tipo di Assicurato	Stato del sinistro	Importo richiesto	Importo liquidato	Importo riservato	Canale di erogazione
<i>Diaria per ricovero con e senza intervento</i>									
<i>Diaria per ricovero dovuto a GIC</i>									
<i>Ospedalizzazione domiciliare</i>									
<i>Alta specializzazione</i>									
<i>Visite specialistiche ed esami di laboratorio</i>									
<i>Medicinali</i>									
<i>Trattamenti fisioterapici</i>									
<i>Lenti e/o lenti a contatto</i>									
<i>Prestazioni odontoiatriche</i>									
<i>Prevenzione</i>									
<i>Protesi ortopediche e acustiche</i>									
<i>Garanzia per stati di non autosufficienza</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.

16 di 40





Art. 10 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – variazione del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tuttavia l'omissione da parte del Contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali. Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza. Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'assicurato che comporteranno l'applicazione delle norme di cui presente articolo. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

Art. 11 – Revisione del prezzo

A seguito dell'entrata in vigore del decreto legge del 27 gennaio 2022 n. 4, convertito con legge n. 25 del 28 marzo 2022 si propone la presente clausola di revisione dei prezzi di seguito riportata.

La Società si impegna a mantenere fisso il premio annuo-pro capite per l'intera durata del contratto, fatto salvo quanto previsto dal presente articolo.

Il premio potrà essere soggetto a revisione annuale a decorrere dal secondo anno di contratto, ai sensi dell'art. 106, co. 3 D.lgs. n. 50/2016, fino al limite massimo della percentuale di variazione dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (indice F.O.I. elaborato dall'ISTAT) nell'anno precedente il

17 di 40





momento della revisione. L'andamento dell'indice F.O.I. è disponibile all'indirizzo <https://rivaluta.istat.it/Rivaluta/>.

La revisione del premio può essere richiesta una sola volta per ciascuna annualità.

L'Appaltatore, qualora intenda richiedere la revisione dei prezzi, dovrà inoltrare al RUP una richiesta, allegando la documentazione comprovante l'aumento dei costi connessi all'esecuzione dell'appalto e i giustificativi della richiesta.

Ricevuta la richiesta, il RUP avvierà un'istruttoria al fine di valutare l'esistenza dei presupposti per adeguare il premio annuo pro-capite che sarà applicato per l'anno di riferimento, previo ricevimento della comunicazione di avvenuto adeguamento.

Art. 12 – Assicurazione presso diversi Assicuratori

È 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. 13 – Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 14 – 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. 15 – 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. 16 – 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. 17 – 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. 18 – 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. 19 – Informative 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. 20 – 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. 21 – Coassicurazione e delega

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

19 di 40





⇒ 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 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. 22 – 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 remunerazione del Broker è posta, dunque, a carico della Società aggiudicataria del contratto nella misura del 3% (tre%) dell'importo del premio annuo complessivo.

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.

20 di 40





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. 23 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 24 – 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. 25 – 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. 26 – Tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società, la Cassa di Assistenza, 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. a pena di nullità assoluta del contratto.

I soggetti di cui sopra sono obbligati a comunicare prima della stipula del contratto 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.

La cessazione e la decadenza dall'incarico dell'Istituto designato, per qualsiasi causa avvenga e anche qualora ne venga fatta pubblicazione ai sensi di legge, deve essere tempestivamente notificata all'Università, la quale non assume responsabilità per i pagamenti eseguiti ad istituto non più autorizzato a riscuotere.

L'Appaltatore si obbliga altresì ad inserire nei contratti sottoscritti con i subappaltatori o i subcontraenti, a pena di nullità assoluta, un'apposita clausola con la quale ciascuno di essi assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla Legge 136/2010 e s.m.i.





Art. 27 - 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.

Per l'esecuzione del contratto l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna, in qualità di Titolare del trattamento, nominerà l'Appaltatore Responsabile dei dati personali trattati in esecuzione dei compiti e delle funzioni stabiliti nel presente capitolato. Responsabile dell'attuazione delle misure a protezione dei dati personali per l'Università di Bologna è il Magnifico Rettore.

Con la sottoscrizione del Contratto, le parti, in relazione ai trattamenti di dati personali effettuati in esecuzione del Contratto medesimo, si danno reciprocamente atto di aver preso visione e compreso, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali), tutte le informazioni riferite agli operatori economici e fornitori di lavori beni e servizi.

Art. 28 - 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. 29 – Garanzia definitiva.

A garanzia delle obbligazioni contrattuali, l'Appaltatore ha costituito, prima della stipula del Contratto, una garanzia definitiva come previsto dall'art. 103 del D.Lgs. 50/2016.

La fideiussione bancaria o la polizza assicurativa deve prevedere espressamente la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore principale, la rinuncia all'eccezione di cui all'articolo 1957, comma 2, del Codice civile, l'operatività della garanzia medesima entro quindici giorni a semplice richiesta scritta dell'Università.

La garanzia definitiva è prestata a garanzia dell'esatto e corretto adempimento di tutte le obbligazioni dell'Appaltatore. In particolare, la cauzione rilasciata garantisce tutti gli obblighi specifici assunti dall'Appaltatore, anche quelli a fronte dei quali è prevista l'applicazione di penali e, pertanto, resta espressamente inteso che l'Università ha diritto di rivalersi direttamente sulla cauzione e, quindi, sulla fideiussione per l'applicazione delle penali.

Il RUP propone lo svincolo della garanzia definitiva allo scadere del contratto.

Art. 30- Clausola risolutiva espressa e risoluzione del contratto per inadempimento

Fermo restando quanto previsto dall'art. 108 del D. lgs. 50/2016, il Committente ha diritto di risolvere il contratto in caso di:

- ritardo nello svolgimento delle prestazioni previste dal Capitolato;
- inadempienza accertata alle norme di legge sulla prevenzione degli infortuni, la sicurezza sul lavoro e le assicurazioni obbligatorie del personale impiegato nonché del rispetto dei contratti collettivi di lavoro;

22 di 40





- reiterate e gravi violazioni delle norme di legge, regolamento e delle clausole contrattuali, tali da compromettere la qualità, la regolarità e la continuità della prestazione;
- frode nella esecuzione del servizio;
- in caso di perdita dei requisiti di cui all'art. 80 del D.Lgs 50/2016 e s.m.i.;
- in caso di fallimento dell'appaltatore, di liquidazione coatta e concordato preventivo, salvo il caso di concordato preventivo con continuità aziendale, ai sensi dell'articolo 110 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.;
- cessione del Contratto;
- violazioni alla disciplina della tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge 136/2010;
- nei casi di mancato rispetto della disciplina sul subappalto prevista dall'art. 105 del D. lgs. 50/2016;
- violazione molto grave degli obblighi di comportamento pubblicati sul sito <http://www.unibo.it/it/ateneo/bandi-di-gara/gare-di-appalto-e-vendita> ;
- infine, l'Università può disporre la risoluzione di diritto di cui all'art. 1456 c.c., nel caso in cui le verifiche relative all'accertamento dell'inesistenza di cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 o di tentativi di infiltrazione mafiosa di cui all'art. 84 del D.lgs. n. 159/2011 s.m.i. (cd. Codice Antimafia) diano esito negativo.
- In caso di risoluzione del contratto l'Università, oltre all'applicazione delle penalità previste, procederà all'incameramento della cauzione e all'eventuale esecuzione in danno, salvo il diritto al risarcimento degli eventuali ulteriori danni.

In tali casi il Committente, qualora intendesse procedere alla risoluzione del contratto, comunicherà all'Appaltatore, mediante pec , la sua intenzione, ,senza bisogno di diffida ad adempiere e di intervento dei competenti organi giudiziari. Trascorsi 15 giorni dalla comunicazione il contratto si intenderà risolto.

Nell'ipotesi di risoluzione del contratto, l'Appaltatore avrà ragione soltanto al pagamento dei servizi eseguiti regolarmente. L'Università procederà all'incameramento della cauzione e all'eventuale esecuzione in danno, salvo il diritto al risarcimento degli eventuali ulteriori danni.

La risoluzione del contratto non andrà a pregiudicare le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione e resterà, quindi, immutato il regolare decorso dell'iter liquidativo. L'Appaltatore si impegna comunque ad assicurare la continuità degli interventi oggetto del presente Capitolato, anche nel caso di anticipata risoluzione del contratto, fino al successivo affidamento dei servizi a terzi. Resta inteso che, fino al perfezionamento del nuovo contratto, rimangono in capo all'Appaltatore stesso le responsabilità civili e penali. Il contratto potrà comunque venire risolto ex art. 1456 c.c. in caso di commissione di un reato previsto dal D.Lgs 231/2001 e successive modifiche e integrazioni ed accertato con sentenza passata in giudicato, a seguito di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.c. nonché in caso di irrogazione, anche in sede cautelare, delle sanzioni interdittive del divieto di contrattare con la pubblica amministrazione o dell'interdizione dall'esercizio dell'attività.

In ogni caso, al momento dell'apertura di un procedimento in sede penale nei confronti dell'appaltatore per reati rilevanti ai sensi del D.Lgs. 231/2001, dovrà esserne data informazione immediata al Committente, che avrà la facoltà di risolvere il contratto per il verificarsi di tale condizione risolutiva ex art.1353 c.c.”





SEZIONE II – MODALITA' DI EROGAZIONE E CRITERI DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione delle prestazioni assicurate può svolgersi con le seguenti modalità:

Art. 1 - Regime di convenzionamento diretto

Per tutte le prestazioni di polizza che lo prevedono, la richiesta di presa in carico presso strutture convenzionate appartenenti al Network verrà effettuata con un preavviso di almeno 5 giorni lavorativi. La Società si impegna a fornire esito dell'autorizzazione entro 5 giorni dalla data fissata per la prestazione. Si precisa che l'Assicurato dovrà essere in possesso della prescrizione medica, con il relativo quesito diagnostico, entro la data di richiesta di presa in carico presso la struttura convenzionata prescelta da presentare in occasione della data fissata per la prestazione. Qualora l'Assicurato non presenti la documentazione necessaria, la Società ha la possibilità di integrarla senza necessità di chiedere una nuova prestazione.

La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza medico sanitaria.

In caso di cessazione e/o disdetta di una Convenzione tra il Network e la Società, lo stesso si impegna con la Struttura a garantire che eventuali prestazioni già autorizzate, vengano comunque prese in carico.

Qualora ciò non fosse possibile, per cause non dipendenti dalla volontà della Società, la prestazione verrà anticipata dall'Assistito/a e rimborsata con garanzia di applicazione delle medesime condizioni previste per il convenzionamento diretto.

Art. 2 - Regime rimborsuale

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute l'Assistito/a deve presentare la relativa richiesta corredata dalla fotocopia della seguente documentazione medica:

- in caso di ricovero: copia della cartella clinica conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extra ricovero, con esclusione della medicina preventiva: prescrizione medica con quesito diagnostico;

In tutti gli altri casi: prescrizioni mediche o altra documentazione medica se prevista dall'apposita garanzia in aggiunta alla documentazione di spesa quali copia delle ricevute, fatture e/o notule, debitamente quietanzate.





SEZIONE III – OGGETTO DELLA COPERTURA

Art. 1 – Oggetto del servizio

La copertura assicurativa, che viene prestata senza la preventiva compilazione di questionario sanitario, rimborsa le spese sanitarie sostenute in conseguenza di malattia e di infortunio con le modalità indicate dalle seguenti norme.

Art. 2 – Area Ricovero

Diaria 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.

Diaria per Ricovero dovuto a grande intervento chirurgico (vedi ALLEGATO A ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI).

L'indennità di cui sopra sarà elevata ad **€ 150,00** per ogni giorno di ricovero nel caso di grande intervento chirurgico.

Ospedalizzazione domiciliare.

La Società, per un periodo di 90 giorni 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 **€ 10.000**.

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. 3 – Alta Specializzazione

La Società provvede al pagamento, sino alla concorrenza annua di **€50.000,00** per assicurato, **elevato a €75.000,00** per cure oncologiche, per le spese relative alle seguenti prestazioni extraospedaliere:

- Angiografia
- Chemioterapia e terapie radianti
- Cobaltoterapia
- Diagnostica radiologica
- Dialisi
- Doppler
- Ecografia

25 di 40





- 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

26 di 40





- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia

Il rimborso delle spese per le prestazioni sopra indicate avverrà come segue:

- **Nell'ambito delle strutture convenzionate:** applicazione di una franchigia di €30 per prestazione.
- **Al di fuori delle strutture convenzionate:** applicazione di uno scoperto del 10% della somma liquidabile con il minimo a carico dell'Assicurato pari a € 50 per prestazione.
- **I ticket** relativi a tali eventi verranno rimborsati, sempre nell'ambito del massimale, senza applicazione dello scoperto e della franchigia.

Art. 4 – Visite specialistiche / Esami di laboratorio

La Società provvede al pagamento, sino alla concorrenza annua di **€50.000,00 per assicurato**, delle spese per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Il rimborso delle spese per le prestazioni sopra indicate avverrà come segue:

- **Nell'ambito delle strutture convenzionate:** applicazione di una franchigia di €20 per prestazione.
- **Al di fuori delle strutture convenzionate:** applicazione di uno scoperto del 20% della somma liquidabile con il minimo a carico dell'Assicurato pari a € 70 per prestazione.
- **I ticket** relativi a tali eventi verranno rimborsati, sempre nell'ambito del massimale, senza applicazione dello scoperto e della franchigia.

Art. 5 – Medicinali

La Società rimborsa sino alla concorrenza annua di **€100** le spese sostenute per l'acquisto di medicinali, dietro prescrizione medica, con applicazione di una franchigia pari ad €10.

Art. 6 – Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di malattia o infortunio

La Società provvede al pagamento, sino alla concorrenza annua di **€750 per assicurato**, delle spese sostenute 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.

27 di 40





Il rimborso delle spese avverrà come segue:

- **Nell'ambito delle strutture convenzionate:** applicazione di una franchigia di €70 per trattamento
- **Al di fuori delle strutture convenzionate:** applicazione di uno scoperto del 25% della somma liquidabile con il minimo a carico dell'Assicurato pari a € 70 per trattamento
- **I ticket** relativi a tali eventi verranno rimborsati, sempre nell'ambito del massimale, senza applicazione dello scoperto e della franchigia.

Art. 7 – Lenti e/o Lenti a contatto (escluse montature)

La Società rimborsa sino alla concorrenza annua di **€250 per assicurato**, le spese sostenute per l'acquisto di lenti e/o lenti a contatto (escluse montature) con applicazione di una franchigia pari a €50.

Si specifica che al fine di ottenere il rimborso è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.

Art. 8 – Prestazioni odontoiatriche

La Società provvede al pagamento, sino alla concorrenza annua di **€500 per assicurato**, delle spese sostenute per:

- terapie conservative e ortodonzia;
- protesi dentarie.

Il rimborso delle spese avverrà come segue:

- **Nell'ambito delle strutture convenzionate:** applicazione di uno scoperto del 10% della somma liquidabile.
- **Al di fuori delle strutture convenzionate:** applicazione di uno scoperto del 30% della somma liquidabile.
- **I ticket** relativi a tali eventi verranno rimborsati, sempre nell'ambito del massimale, senza applicazione dello scoperto e della franchigia.

Art. 9 – Pacchetto prevenzione

La Società provvede al pagamento delle spese richieste in un'unica soluzione¹ e solo presso centri convenzionati per:

a) PREVENZIONE DENTISTICA

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

¹ Con l'espressione "In un'unica soluzione" si intende che le prestazioni dovranno essere richieste unitariamente ed in un unico contesto temporale. È 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.

28 di 40





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

b) PREVENZIONE

La Società assicuratrice provvede al pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) delle seguenti prestazioni:

- 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 (o in alternativa ecografia mammaria).
- Prestazioni previste per le donne con età superiore ad anni 55, una volta ogni 2 anni:
ecotomografia addome completo, Ecodoppler 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, una volta ogni due anni: ecotomografia addome completo, Rx torace, Ecodoppler venoso arti inferiori, Ecocardiografia

Art. 10 – Protesi ortopediche e acustiche

La Società provvede al pagamento, sino alla concorrenza di **€2.000 per assicurato**, delle spese sostenute per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche con applicazione di uno scoperto del 20% della somma liquidabile con il minimo non indennizzabile a carico dell'Assicurato pari a € 70 per fattura.

Art. 11 – Garanzia per stati di non autosufficienza

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza, sino alla concorrenza mensile di **€1.000 per assicurato**, qualora l'Assicurato si trovasse in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo Art. 11.2 del presente Articolo.

La garanzia si attiva solo nel caso di stato di non autosufficienza temporaneo, inteso come uno stato di salute non permanente e, quindi, reversibile.

Per questa garanzia non è prevista una validità temporale massima di 12 mesi per evento, in quanto la durata è legata ad uno stato di non autosufficienza momentaneo certificabile purché la spesa sanitaria venga sostenuta nel periodo di durata contrattuale.





La liquidazione della somma assicurata può essere effettuata anche in una unica soluzione o anche in altre modalità in base alla diversa richiesta dell'assicurato. L'ultima mensilità riferita alla scadenza contrattuale verrà calcolata su base giornaliera in proporzione ai giorni ricadenti nel contratto.

Art. 11.1 - 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:

- a) Avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare.
- b) 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%.
- c) Presentare postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
- d) Essere affetto dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da ipertensione non controllata (da intendersi come forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

Art. 11.2 – 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 mensile garantito, pari ad €1.000, quale somma assicurata per il periodo computato in giorni per i quali perdura lo stato di non autosufficienza temporaneo.

Art. 12 – 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.

Si precisa che il Case Manager non necessariamente deve essere un medico in quanto è l'infermiere professionista che provvede all'assegnazione e al coordinamento dei servizi socio-sanitari destinati alla gestione clinica di un determinato target di utenti. Tale soggetto si occupa della creazione di un particolare processo assistenziale tarato sul singolo paziente che viene seguito in tutte le fasi, dall'ammissione alla dimissione. La normativa e le caratteristiche di riferimento sono quelle disciplinate dal SSN.

Art. 13 – Prevenzione delle malattie metaboliche

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare il questionario messo a disposizione dalla Compagnia. La stessa provvederà ad analizzare i contenuti ed entro 2 giorni lavorativi comunicherà all'Assicurato l'esito delle valutazioni. Nel caso in cui l'Assicurato non sia in uno stato di "sindrome metabolica" la Società si limiterà a comunicare l'esito positivo della verifica.

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata" la Società fornirà alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione, ecc. La Società comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato potrà autorizzare la Società a contattarlo (via mail e/o sms) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sottoindicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate

- colesterolo HDL;
- colesterolo totale;
- glicemia;
- trigliceridi.

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso di prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.





La presente garanzia verrà prestata per due anni, a partire dalla data di compilazione del questionario. Nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di sindrome metabolica "conclamata" un medico della Società comunicherà all'Assicurato che si trova già in una situazione di Sindrome Metabolica, e lo inviterà a contattare immediatamente lo specialista più idoneo al trattamento del caso.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente polizza, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la presente polizza, all'Assicurato verrà fornito un servizio di accesso al tariffario che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con la Società a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

Art. 14 – Mother care

In caso di gravidanza, la quale abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto di polizza o all'ingresso in copertura dell'assistita aderente, la Compagnia provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate, effettuate esclusivamente attraverso la propria rete convenzionata indicata dalla Centrale Operativa previa prenotazione:

- consulente allattamento;
- nutrizionista per il bambino;
- nutrizionista per la mamma;
- ostetrica;
- psicologo.

L'iscritta potrà usufruire delle suddette prestazioni attraverso il domicilio, laddove il servizio sia disponibile e attivabile, oppure in modalità remota, tramite teleconsulto o video consulto.

La garanzia opera sino a un massimo di 3 prestazioni per ciascuna gravidanza e potrà essere usfruita sino a 12 mesi dalla nascita del bambino.

Art. 15 – Diagnosi comparativa per le seguenti patologie

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale





- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni gravi

Possibilità di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Vengono messi a disposizione i seguenti servizi:

- Consulenza medica internazionale
- Trova il medico
- Trova la miglior cura

Art. 16 – Monitoraggio malattie croniche

È un servizio che garantisce il monitoraggio a domicilio di diabete, ipertensione e BCPO (Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva). Dopo aver compilato un questionario online nell'area riservata del sito della Compagnia, il paziente riceve a casa un kit con i device necessari per controllare i suoi parametri: i dati rilevati, vengono poi inviati in tempo reale alla Centrale Operativa della Compagnia, dove un team di medici e infermieri specializzati li monitorano costantemente e possono intervenire in caso di alert clinici.

I dispositivi variano in base alla patologia e, nel complesso, sono:

- Sfigmomanometro da braccio, per misurare la pressione sanguigna;
- Saturimetro da dito, per i pazienti che soffrono di BCPO;
- Glucometro per i diabetici;
- Smartphone per il controllo del peso, per i pazienti in sovrappeso. Il controllo va effettuato una volta a settimana.





SEZIONE IV – 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 rimborsuale, 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:

- a) 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;
- b) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- c) la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo non siano esplicitamente previste in polizza);
- d) 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);
- e) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- f) gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- g) 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;
- h) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- i) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- j) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- k) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- l) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- m) le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.





- n) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope.

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 della 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

36 di 40





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 epatici
43. Resezioni epatiche
44. Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
45. Interventi chirurgici per ipertensione portale
46. Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
47. Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
48. Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

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

37 di 40





GINECOLOGIA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

59. Interventi per costola cervicale
60. Interventi di stabilizzazione vertebrale
61. Interventi di resezione di corpi vertebrali
62. Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
63. Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
64. 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)

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

TRAPIANTI DI ORGANO

69. Tutti

CHIRURGIA GENERALE

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





ALLEGATO 1 - COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE PIANO AD ADESIONE FACOLTATIVA.

Ferme le condizioni dell'offerta tecnica proposta in Gara.

I Titolari del Piano, il personale tecnico amministrativo (PTA a tempo determinato, PTA a tempo indeterminato, dei Collaboratori ed Esperti linguistici, dei Dirigenti), possono estendere facoltativamente e a proprio carico la copertura del Piano Sanitario al proprio nucleo familiare, intendendosi per tale:

- 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: € 500,00

Premio annuo lordo aggiuntivo per ciascun figlio: €400,00

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.



