

**SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE
CIG 82624651D1**



POLITECNICO DI BARI

**SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE
CAPITOLATO SPECIALE**

DEFINIZIONI

Assicurazione: il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza: il documento che prova l'Assicurazione.

Contraente: il Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza), iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui ai DD.MM. del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che stipula la Polizza per conto dell'Associato.

Associato: il Politecnico di Bari.

Assicurato o Beneficiario: i soggetti nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione (personale tecnico, amministrativo e bibliotecario a tempo determinato e indeterminato, personale docente a tempo determinato e indeterminato).

Società o Compagnia: l'impresa di assicurazioni aggiudicataria.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

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

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.

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.

Struttura sanitaria convenzionata: istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico o singolo professionista con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero: la degenza in Istituto di Cura comportante pernottamento.

Day-hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica 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.

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

Sinistro: il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'Assicurazione.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE
CIG 82624651D1

Indennità sostitutiva: importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.

Franchigia: la somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto l'importo garantito.

Scoperto: la somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Nucleo familiare: l'insieme dei soggetti come disciplinato dall'art. 3, D.P.C.M. n. 159/2013.

SEZIONE A – NORME GENERALI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

PREMESSA

Le prestazioni oggetto della presente Assicurazione confluiranno all'interno del Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui ai DD.MM. 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 il Politecnico dovrà stipulare apposito accordo.

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

ART. 1 - DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto ha durata prevista di 36 (trentasei) mesi, con decorrenza dalla stipula della Polizza, con riserva per il Politecnico di ricorrere all'affidamento di attività consistenti nella ripetizione di servizi analoghi già affidati, per una durata pari a ulteriori 36 (trentasei) mesi, ai sensi dell'art. 63, co. 5, D.Lgs. n. 50/2016.

È inoltre facoltà del Politecnico, con preavviso non inferiore a 30 (trenta) giorni naturali e consecutivi antecedenti la scadenza naturale della garanzia, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente Assicurazione, finalizzata all'espletamento o al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova Assicurazione. In tal caso la Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, s'impegna a prorogare l'Assicurazione nella sua interezza e alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 (centottanta) giorni decorrenti dalla scadenza. Il Contraente s'impegna a versare il premio relativo al predetto periodo entro 90 (novanta) giorni dalla data di effetto del medesimo periodo di proroga.

ART. 2 - EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza, ancorché il Premio venga versato entro i 90 (novanta) giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 90° (novantesimo) giorno successivo a quello della scadenza, e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 c.c.

Si precisa che se dai controlli effettuati dall'Ente, in ottemperanza del D.M. n. 40/2008, risultasse un inadempimento a carico della Società, la stessa si impegna a ritenere in copertura il rischio, anche oltre i termini di mora, fino al termine delle procedure di verifica imposte dall'art. 3 del Decreto d'urto richiamato.

ART. 3 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve presentare denuncia alla Società con la massima sollecitudine possibile a partire dal momento in cui ne viene a conoscenza.

Tale comunicazione deve essere correlata dalla documentazione medica necessaria, in base alle indicazioni della Società.

ART. 4 - PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO PER VARIAZIONE DEL NUMERO ASSICURATI

Il Premio viene corrisposto – in due rate semestrali di eguale importo – calcolate in via provvisoria sulla base del numero dei Beneficiari alla data di scadenza della Polizza, ed è regolato alla fine di

SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE CIG 82624651D1

ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del Premio.

Alla scadenza di ciascuna annualità si procederà alla regolazione contabile del Premio dovuto in conseguenza delle inclusioni avvenute e comunicate nel corso dell'anno. Le differenze attive dovute a termini del presente articolo sono pagate entro 90 (novanta) giorni da quello in cui la Società ha presentato al Politecnico il conto di regolazione, ferme le verifiche di legge propedeutiche al pagamento.

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

- se avvenute nel primo semestre dell'anno contrattuale, comporteranno la corresponsione dell'intero Premio annuo;
- se avvenute nel secondo semestre dell'anno contrattuale, comporteranno la corresponsione del 60% (sessanta per cento) del premio annuo.

Eventuali esclusioni di Assicurati, avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del Premio, che si considera pertanto acquisito dalla Società.

Inclusioni ed esclusioni di Assicurati sono ciclicamente comunicate alla Società con PEC.

Nel caso di inclusione, l'Assicurazione decorrerà dalle ore 24:00 della data di comunicazione, anche se successiva a quella di effettiva assunzione risultante dai registri dell'Ateneo. Nel caso di esclusioni, l'Assicurazione cesserà di avere effetto dalle ore 24:00 della data di comunicazione.

ART. 5 - BENEFICIARI

L'Assicurazione è prestata a favore del personale dirigente, tecnico, amministrativo e bibliotecario, a tempo determinato e indeterminato, nonché per il personale docente a tempo determinato e indeterminato, in servizio presso il Politecnico di Bari (talvolta, per brevità: "*i Dipendenti*").

Per miglior comprensione di quanto previsto nel presente Capitolato da parte della platea dei Beneficiari, la Società è tenuta a fornire un fascicolo informativo che renda espliciti – anche mediante esempi – le modalità con cui usufruire delle prestazioni di Polizza, i massimali, le franchigie e gli scoperti, perché il Politecnico possa darne diffusione al proprio interno.

L'Assicurazione opera in caso di malattia e infortunio, è prestata senza la preventiva compilazione di questionario sanitario e rimborsa le spese sanitarie sostenute per le voci di cui alla presente Sezione.

ART. 6 - ESTENSIONE AI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE

La medesima copertura dell'Assicurazione può inoltre essere estesa al Nucleo Familiare dei Dipendenti, con adesione volontaria e costo interamente a carico del singolo Dipendente nonché conseguente trattenuta in busta paga.

Ove il Beneficiario indicato dal Politecnico voglia estendere a proprio carico l'Assicurazione ai componenti del proprio Nucleo Familiare, potrà farlo entro 30 (trenta) giorni dalla data di decorrenza della propria copertura assicurativa. Dopo tale data, i familiari dei Dipendenti già presenti nel Nucleo alla data di effetto della Polizza non possono essere più inseriti nella copertura fino alla scadenza del contratto. È invece possibile inserire nella copertura i nuovi nati o adottati ovvero nuovi congiunti o conviventi; la Garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

È prevista la facoltà per gli Assicurati di escludere i componenti del proprio Nucleo alla fine di ogni anno assicurativo; in tal caso, non possono più rientrare in copertura fino alla scadenza del contratto. Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, gli eventuali familiari assicurati verranno mantenuti nella Garanzia fino alla prima scadenza annuale successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Il numero dei familiari da inserire è a discrezione del Dipendente, e non vi è obbligo di inserire tutti gli appartenenti al Nucleo. In caso di adesione, essi vengono considerati a tutti gli effetti Beneficiari di Polizza alle medesime condizioni tecniche.

ART. 7 - MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della Polizza devono essere provate per iscritto.

**SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE
CIG 82624651D1**

ART. 8 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della Polizza.

ART. 9 - TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società è tenuta a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Ln. 136/2010 s.m.i., e in particolare a comunicare alla Stazione Appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati alle movimentazioni finanziarie relative al contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati a operare su tali conti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salvo le deroghe previste dalla normativa sopra citata – tramite bonifico bancario o postale e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) comunicato dalla Stazione Appaltante. Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata L. n. 136/2010, costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 c.c. e dell'art. 3, co.8 della medesima Legge.

ART. 10 - 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 disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Politecnico l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della Polizza.

Tale elenco, che deve essere fornito automaticamente e senza che il Politecnico debba farne richiesta, in formato excel tramite file modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura) e riportare il riepilogo delle prestazioni erogate, conforme alla tabella qui sotto riportata

Polizza n.					
Andamento sinistri alla data del					
Beneficiari a tale data n.					
(di cui non dipendenti del Politecnico)					
Tipologia prestazione	N. sinistri aperti	Liquidati in rete (n. /importo)	Liquidati fuori rete (n./importo)	Sinistri respinti senza seguito	Note
Indennità per ricovero					
Alta specializzazione					
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici					
Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio					
Protesi ortopediche e acustiche					
Prestazioni odontoiatriche: prevenzione (n. erogazioni)					
Prestazioni odontoiatriche: terapie conservative, ortodonzia, protesi					
Prestazioni odontoiatriche: interventi odontoiatrici extraricovero					
Rimessa in forma post-parto					

SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE
CIG 82624651D1

Assistenza infermieristica domiciliare					
Cure termali					
Stato di non autosufficienza temporaneo					
Stato di non autosufficienza permanente (n. consulenze)					
Pacchetto Prevenzione (n. erogazioni)					

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.

ART. 11 - FORO COMPETENTE

Per le eventuali controversie, il Foro competente è esclusivamente quello di Bari.

ART. 12 - TERMINI PRESCRIZIONE

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

ART. 13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non espressamente previsto, si fa espresso riferimento alle norme dettate dal Codice Civile e dalle leggi in materia.

ART. 14 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre Polizze da esso stipulate per il medesimo rischio.

ART. 15 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Su quanto contemplato dalle condizioni tutte di Polizza, prevarrà l'interpretazione maggiormente estensiva e più favorevole al Contraente e al Beneficiario.

ART. 16 - TUTELA DELLA *PRIVACY*

Ai sensi del Regolamento Europeo Privacy (679/2016) s.m.i., è consentito il trattamento dei dati personali contenuti nella Polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

I dati sono trattati senza finalità eccedente l'oggetto della Polizza e nel rispetto della riservatezza e segretezza delle persone fisiche e giuridiche.

ART. 17 - PENALI

Premesso che l'applicazione delle penali non esclude il diritto del Politecnico di pretendere il risarcimento di eventuali ulteriori spese e danni per le violazioni e le inadempienze che si risolvano in una non corretta gestione del servizio, il medesimo Politecnico si riserva di applicare penali nei casi e con le modalità di seguito descritte:

- a. ritardo nell'avvio del servizio:** €100,00 (Euro cento/00) per ogni giorno di ritardo e fino a un massimo di giorni 30 (trenta), decorsi i quali il Politecnico ha facoltà di risolvere automaticamente il contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c. e di rivolgersi alla società seguente in graduatoria di gara;
- b. ritardo nei rimborsi dovuti ai Beneficiari:** €100,00 (Euro cento/00) per ogni singolo caso e per ogni giorno di ritardo;
- c. mancato invio della reportistica semestrale di cui all'art. 10:** €50,00 (Euro cinquanta,00) per ogni giorno di ritardo rispetto a quanto previsto dal presente Capitolato.

SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE
CIG 82624651D1

Tutte le penali sono applicate previo contraddittorio con la Società, con la sola formalità della contestazione scritta dell'inadempienza alla Società, con termine di 5 (cinque) giorni lavorativi dalla data di ricevimento della stessa per eventuali difese scritte.

L'ammontare delle penalità sarà stornato dalle successive fatture emesse dalla Società o tramite emissione di note di credito da parte della Società assicuratrice ovvero tramite parziale incameramento della garanzia definitiva.

Il Politecnico si riserva, al raggiungimento di penali per un importo pari al 10% (dieci per cento) dell'ammontare dell'affidamento, indipendentemente da qualsiasi contestazione, di procedere alla risoluzione del rapporto, ai sensi dell'art. 1456 c.c., con semplice comunicazione a mezzo PEC, fatte salve le penali già stabilite.

SEZIONE B – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

ART. 18 - AREA DI RICOVERO

In caso di Ricovero in un Istituto di cura pubblico o privato, con o senza Intervento chirurgico, l'Assicurato avrà diritto a un'indennità di €100,00 (Euro cento/00) per ogni giorno di Ricovero, non superiore a 90 (novanta) giorni per ogni Ricovero.

Il massimale annuo assicurato è di €15.000,00 (Euro quindicimila/00) per Beneficiario.

ART. 19 - ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono comprese nell'Assicurazione, e si considerano "di alta specializzazione" le seguenti prestazioni:

- a. angiografia
- b. chemioterapia e terapie radianti
- c. cobaltoterapia
- d. diagnostica radiologica
- e. dialisi
- f. doppler
- g. ecografia
- h. ecocardiografia
- i. elettrocardiografia
- j. elettroencefalografia
- k. endoscopia
- l. laserterapia
- m. radioterapia
- n. risonanza magnetica nucleare
- o. scintigrafia
- p. PET
- q. TAC
- r. telecuore
- s. artrografia
- t. broncografia
- u. cistografia
- v. cistouretrografia
- w. clisma opaco
- x. colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- y. colangiografia percutanea (PTC)
- z. colangiografia trans Kehr
- aa. colecistografia
- bb. dacriocistografia
- cc. defecografia
- dd. fistolografia
- ee. flebografia

**SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE
CIG 82624651D1**

- ff. fluorangiografia
- gg. galattografia
- hh. isteralpingografia
- ii. meilografia
- jj. retinografia
- kk. rx esofago con mezzo di contrasto
- ll. rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- mm. rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- nn. scialografia
- oo. splenoportografia
- pp. urografia
- qq. vesciculodeferentografia
- rr. videoangiografia
- ss. wirsunggrafia
- tt. elettroencefalogramma
- uu. elettromiografia.

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate presso Strutture convenzionate con la Società, avrà luogo il pagamento diretto (senza anticipo cioè da parte dell'Assicurato) alla Struttura, da parte della Società stessa con applicazione di una Franchigia di €25,00 (Euro venticinque/00) per prestazione/ciclo di terapia.

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate presso Strutture non convenzionate con la Società, avrà luogo il rimborso delle spese sostenute, con applicazione di uno Scoperto del 20% (ventipercento), con il minimo di €70,00 (Euro settanta/00) per ogni prestazione/ciclo di terapia.

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate avrà luogo il rimborso integrale dei *ticket* sanitari.

Il massimale annuo assicurato è di €8.000,00 (Euro ottomila/00) per Beneficiario, elevato a € 10.000,00 (Euro diecimila/00) per Beneficiario in caso di terapie oncologiche.

ART. 20 - VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Sono comprese nell'Assicurazione, le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici (con esclusione delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici, di cui si dirà a parte) purché accompagnati da prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa e solo presso Strutture convenzionate con la Società.

In tal caso avrà luogo il pagamento diretto (senza anticipo cioè da parte dell'Assicurato) alla Struttura, da parte della Società stessa, con applicazione di una franchigia di €25,00 (Euro venticinque/00) per prestazione.

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate avrà luogo il rimborso integrale dei *ticket* sanitari.

Il massimale annuo assicurato è di €10.000,00 (Euro diecimila/00) per Beneficiario.

ART. 21 - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Sono comprese nell'Assicurazione i trattamenti fisioterapici con fine esclusivamente riabilitativo a seguito infortunio (avvenuti in corso di operatività del contratto), se in presenza di un certificato di Pronto Soccorso e purché siano prescritti da medici ed effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate presso Strutture convenzionate con la Società, avrà luogo il pagamento diretto (senza anticipo cioè da parte dell'Assicurato) alla Struttura, da parte della Società stessa con applicazione di una Franchigia di €50,00 (Euro cinquanta/00) per prestazione/ciclo di terapia.

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate presso Strutture non convenzionate con la Società, avrà luogo il rimborso delle spese sostenute, con applicazione di uno Scoperto del 20% (ventipercento) con il minimo di €100,00 (Euro cento/00) per ogni prestazione/ciclo di terapia.

SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE
CIG 82624651D1

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate avrà luogo il rimborso integrale dei *ticket* sanitari.

Il massimale annuo assicurato è di €1.500,00 (Euro millecinquecento/00) per Beneficiario.

ART. 22 - PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

Sono comprese nell'Assicurazione le protesi ortopediche e acustiche, purché siano prescritte da medici, mediante rimborso, con applicazione di scoperto del 20% (ventipercento), con il minimo non indennizzabile di €50,00 (Euro cinquanta/00) per fattura/persona.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a €1.500,00 (Euro millecinquecento/00) per Beneficiario.

ART. 23 - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE: PREVENZIONE (SOLO CONVENZIONAMENTO DIRETTO)

È compresa nell'Assicurazione, una sola volta per anno assicurativo e solo presso Strutture convenzionate con la Società, il pagamento diretto (senza anticipo cioè da parte dell'Assicurato) alla Struttura:

- a. una visita odontoiatrica di controllo;
- b. una igiene orale professionale completa.

ART. 24 - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE: TERAPIE CONSERVATIVE, ORTODONZIA, PROTESI

Sono comprese nell'Assicurazione:

- a. terapie conservative e di ortodonzia
- b. protesi dentarie.

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate presso Strutture convenzionate con la Società, avrà luogo il pagamento diretto (senza anticipo cioè da parte dell'Assicurato) alla Struttura, da parte della Società stessa, con applicazione di uno Scoperto del 20% (ventipercento).

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate presso Strutture non convenzionate con la Società, avrà luogo il rimborso delle spese sostenute, con applicazione di uno Scoperto del 30% (trentapercento) con il minimo di €100,00 (Euro cento/00) per ogni prestazione/ciclo di terapia.

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate avrà luogo il rimborso integrale dei *ticket* sanitari.

Il massimale annuo assicurato è di €250,00 (Euro duecentocinquanta/00) per Beneficiario, elevato a €300,00 (Euro trecento/00) per Beneficiario in caso di utilizzo di Strutture convenzionate.

ART. 25 - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE: INTERVENTI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

Sono compresi nell'Assicurazione gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale, anche se successivi a interventi chirurgici avvenuti fuori dall'Assicurazione, purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

- a. adamantinoma
- b. ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare
- c. cisti follicolari o radicolari
- d. odontoma
- e. rimozione di impianto dislocato all'interno del seno mascellare.

Per l'attivazione dell'Assicurazione è necessaria una prescrizione medica contenente la patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate presso Strutture convenzionate con la Società, avrà luogo il pagamento diretto (senza anticipo cioè da parte dell'Assicurato) alla Struttura, da parte della Società stessa, senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia.

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate presso Strutture non convenzionate con la Società, avrà luogo il rimborso delle spese sostenute, con applicazione di uno Scoperto del 20% (ventipercento).

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate avrà luogo il rimborso integrale dei *ticket* sanitari.

Il massimale annuo assicurato è di €3.000,00 (Euro tremila/00) per Beneficiario.

SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE
CIG 82624651D1

ART. 26 - LENTI E/O LENTI A CONTATTO (ESCLUSE MONTATURE)

Sono comprese nell'Assicurazione le spese per lenti e/o lenti a contatto, purché vi sia la prescrizione del medico oculista o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del *visus*.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a €150,00 (Euro centocinquanta/00) per Beneficiario, con una Franchigia di €50,00 (Euro cinquanta/00).

ART. 27 - PACCHETTO MATERNITÀ

Sono comprese nell'Assicurazione, in caso di gravidanza, le seguenti prestazioni:

- a. ecografie di controllo
- b. bitest/translucenza nucale
- c. test del DNA fetale
- d. amniocentesi
- e. villocentesi
- f. analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza;
- g. visite specialistiche ginecologiche e ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza;
- h. una visita ginecologica di controllo (dopo il parto).

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate presso Strutture convenzionate con la Società, avrà luogo il pagamento diretto (senza anticipo cioè da parte dell'Assicurato) alla Struttura, da parte della Società stessa, senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia.

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate presso Strutture non convenzionate con la Società, avrà luogo il rimborso delle spese sostenute, con applicazione di uno Scoperto del 20% (ventipercento).

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate avrà luogo il rimborso integrale dei *ticket* sanitari.

Il massimale annuo assicurato è di €2.000,00 (Euro duemila/00) per Beneficiario.

ART. 28 - RIMESSA IN FORMA POST-PARTO (solo in convenzionamento diretto)

In caso di parto, sia naturale che cesareo, avvenuto durante l'operatività dell'Assicurazione, è previsto un pacchetto di 3 (tre) giorni di rimessa in forma che la Beneficiaria può effettuare entro 120 (centoventi) giorni dal parto, in un'unica soluzione, esclusivamente presso una Struttura convenzionata indicata dalla Società.

Sono previste le seguenti prestazioni:

- nel primo giorno: accoglienza, visita medica (obbligatoria così come l'esito positivo all'idoneità alle prestazioni del pacchetto), seduta in acqua;
- nel secondo giorno: attività motoria guidata in acqua termale o in palestra, massaggio adiposità localizzate o linfo-drenaggio o analogo, attività motoria in palestra o all'esterno o percorso vascolare e trattamento corpo;
- nel terzo giorno: attività motoria guidata in acqua termale o in palestra, massaggio adiposità localizzate o linfo-drenaggio o analogo, trattamento corpo.

Per le eventuali spese di soggiorno alberghiero presso la Struttura convenzionata che lo preveda e nella quale si effettua il pacchetto, la Società può mettere a disposizione un *voucher* per usufruire dell'applicazione di tariffe agevolate agli Assicurati.

La Beneficiaria deve inviare alla Società la seguente documentazione da cui risulta la data del parto:

- copia della lettera di dimissione ospedaliera in caso di parto naturale o cesareo;
- copia della certificazione ostetrica in caso di parto a domicilio.

ART. 29 - ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

Sono comprese nell'Assicurazione le spese di assistenza infermieristica domiciliare nel limite di €25,00 (Euro venticinque/00) al giorno per un massimo di 60 (sessanta) giorni per persona/anno assicurativo.

ART. 30 - CURE TERMALI

SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE
CIG 82624651D1

Sono comprese nell'Assicurazione le cure termali (escluse le prestazioni di natura alberghiera), se effettuate da personale medico o paramedico abilitato o presso Istituti autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie termali, e purché accompagnate da prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate presso Strutture convenzionate con la Società, avrà luogo il pagamento diretto (senza anticipo cioè da parte dell'Assicurato) alla Struttura, da parte della Società stessa, senza applicazione di Scoperto o Franchigia.

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate presso Strutture non convenzionate con la Società, avrà luogo il rimborso delle spese sostenute, con applicazione di uno Scoperto del 25% (venticinqueper cento), con il minimo di €100,00 (euro cento/00) per fattura.

Nel caso in cui le prestazioni siano effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate avrà luogo il rimborso integrale dei ticket sanitari.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a €500,00 (Euro cinquecento/00) per Beneficiario.

ART. 31 - STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEO

1. 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 al Beneficiario quando questi si trova in uno stato di non autosufficienza temporaneo come indicato al successivo paragrafo 3.

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

2. Condizioni di assicurabilità: ai fini dell'operatività della presente Garanzia, il Beneficiario non deve rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità al momento dell'inserimento nella Polizza:

- a. aver bisogno dell'aiuto di terzi per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare;
- b. trovarsi nelle condizioni di poter usufruire di 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 (intendendosi per tale, le forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

3. Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo: viene riconosciuto in stato di non autosufficienza temporaneo il Beneficiario che presenti la necessità dell'aiuto di terzi 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. Il massimale mensile viene erogato all'Assicurato in stato di non autosufficienza temporanea solo per tutto il periodo della non sufficienza insorta durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione, anche se tale periodo dovesse oltrepassare la data di scadenza della Polizza.

4. Somma assicurata: il massimale mensile della Garanzia, nel caso delle condizioni indicate al precedente punto "*Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo*", corrisponde a **€2.000,00** (Euro duemila/00) per Beneficiario.

ART. 32 - STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE

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'inserimento del suo nominativo nella copertura della Polizza in uno stato di non autosufficienza permanente, intendendo per tale lo stato in cui sia necessario l'aiuto di un terzo per compiere due o più degli atti ordinari della vita quotidiana, quale spostarsi, lavarsi, vestirsi e nutrirsi.

SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE CIG 82624651D1

In questi casi la Società metterà a disposizione una centrale operativa, cui il Beneficiario 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 una adeguata intervista, proporrà:

- un servizio di indirizzamento ai servizi sanitari/sociali più opportuni per il non autosufficiente;
- darà informazioni sui servizi sanitari/sociali forniti dalle strutture socioassistenziali del territorio, fornendo indicazioni sugli uffici deputati a svolgere certe mansioni;
- fornirà all'Assicurato una "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 del Beneficiario in questa condizione.

ART. 33 - PACCHETTO PREVENZIONE (solo in convenzionamento diretto)

È compreso nell'Assicurazione un pacchetto di prestazioni, e le cure La Società assicuratrice provvede al pagamento diretto (senza anticipo cioè da parte dell'Assicurato) delle prestazioni di prevenzione effettuate solo in Strutture sanitarie convenzionate, una volta l'anno per ciascun Assicurato.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Il pacchetto prevede le seguenti prestazioni per tutti i Beneficiari:

- a. alanina aminotransferasi ALT
- b. aspartato aminotransferasi AST
- c. colesterolo HDL
- d. colesterolo totale
- e. creatinina
- f. esame emocromocitometrico e morfologico completo
- g. gamma GT
- h. glicemia
- i. trigliceridi
- j. tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- k. tempo di protrombina (PT)
- l. urea
- m. VES
- n. urine (esame chimico, fisico e microscopico)
- o. feci (ricerca del sangue occulto)
- p. ECG (n.b. deve considerarsi corrispondente a "elettrocardiogramma di base", e il Beneficiario deve munirsi di prescrizione medica ove richiesta per legge ai fini della prestazione)
- q. ecodoppler arti inferiori (solo a partire dai 55 anni di età, e una sola volta ogni 2 anni)
- r. ecotomografia addome completo (solo a partire dai 55 anni di età, e una sola volta ogni 2 anni).

Sono altresì previste le seguenti prestazioni:

- s. per gli uomini: PSA (specifico antigene prostatico)
- t. per le donne: pap-test, esame mammografico.

SEZIONE C – LIMITAZIONI

ART. 34 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo. La Società, tramite accordi internazionali, può offrire la possibilità agli assicurati di utilizzare una rete di strutture convenzionate anche all'estero, ottenendo così il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato), previa autorizzazione della centrale operativa.

ART. 35 - ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

Premesso che la validità della copertura prescinde dalle condizioni fisiche degli Assicurati, e quindi sono comprese le malattie e gli stati patologici insorti anche anteriormente alla stipula del contratto salvo quanto sopra diversamente previsto, l'Assicurazione non è operante per:

SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE CIG 82624651D1

- a. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
- b. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- c. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo quanto non esplicitamente previsto sopra);
- d. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto;
- 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 e gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- j. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché alla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- k. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
- l. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- m. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- n. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale;
- o. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

ART. 36 - LIMITI DI ETÀ

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

SEZIONE D – GESTIONE DEI SINISTRI E MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE

ART. 37 - SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, con le modalità sopra descritte e nei limiti delle singole garanzie, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

**SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE
CIG 82624651D1**

ART. 38 - LIQUIDAZIONE E STRUMENTI DI *CUSTOMER CARE*

La Società mette a disposizione degli Assicurati un portale *web* dedicato, tramite il quale l'Assicurato può effettuare le richieste di rimborso e caricare le copie della documentazione di spesa. Il portale deve 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 mette a disposizione degli Assicurati un Modulo di richiesta di rimborso cui saranno allegati documenti di spesa e certificati, in fotocopia. Il Modulo viene inviato tramite posta all'indirizzo indicato dalla Società.

La Società rimborsa 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; deve inoltre garantire il rimborso, in un tempo massimo di 30 giorni, dal momento in cui la pratica risulti completa.

La Società deve prevedere un servizio di *customer care* a disposizione degli Assicurati, che preveda assistenza telefonica (*call center*) e *online*, tramite *website*.

In particolare, al fine di soddisfare le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Assicurati sullo stato delle loro richieste di rimborso, la Società deve 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).