

CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO

SERVIZIO ASSICURATIVO RIMBORSO SPESE MEDICHE OSPEDALIERE – RSMO

CIG assegnato alla gara 6720613949

Responsabile Unico del procedimento:

Dott. Marco Cavallotti – Direttore Generale Vicario

Struttura organizzativa competente:

Area Infrastrutture e Approvvigionamenti – Settore Centrale di Committenza

Ed. U6 – piano IV

P.zza dell'Ateneo Nuovo, 1 – Milano

e-mail: gare.contratti@unimib.it

tel. 02.6448.6069/6071 - Fax 02-6448.6035



N.B.: il presente capitolato di gara costituirà il testo di polizza; alcune parti sono lasciate appositamente in bianco; esse saranno completate successivamente all'aggiudicazione della gara.



POLIZZA RSMO

Rimborso Spese Mediche Ospedaliere

CONTRAENTE

IL FONDO SANITARIO
.....

ASSOCIATO

UNIVERSITA'
Sede legale:
CODICE FISCALE e PARTITA I.V.A.
.....

e

SOCIETA' ASSICURATRICE

.....
CODICE FISCALE N.
PARTITA I.V.A. N.

DECORRENZA DEL CONTRATTO: ore 24.00 del

SCADENZA PRIMA RATA: ore 24.00 del

SCADENZA DEL CONTRATTO: ore 24.00 del

PREMIO ALLA FIRMA (dalle ore 24.00 del alle ore 24.00 del)

Premio Imponibile	Imposte	Premio Totale
Euro	Euro	Euro

PREMIO RATE SUCCESSIVE (al 31.12 di ogni anno)

Premio Imponibile	Imposte	Premio Totale
Euro	Euro	Euro



DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CAPITOLATO

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 al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che stipula la polizza per conto dell'Associato.

Associato L'Università

Assicurato/Beneficiario Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Società/Compagnia La Compagnia di Assicurazioni che si assume il rischio.

Broker/Agenzia Il soggetto eventualmente incaricato dalla Compagnia per la gestione della polizza.

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 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.

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.

SEZ. - A - CONDIZIONI GENERALI DI 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 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 dovrà stipulare apposito accordo. Le relative spese di adesione sono ricomprese nei premi pattuiti in Convenzione.

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 90 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Si precisa che se dai controlli effettuati dall'Ente, in ottemperanza del D.M. n. 40 del 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 D.M. precedentemente richiamato.

La polizza, ferme restando le esclusioni espressamente previste, include le malattie e gli stati patologici insorti anche anteriormente alla stipulazione del contratto.

A.2 ASSICURATO/BENEFICIARIO

L'assicurazione è prestata a favore del personale tecnico-amministrativo ("pta") dell'Associato, nel quale sono da intendersi ricompresi i seguenti soggetti:, nel numero effettivo di soggetti esistenti all'atto della stipula, come riportato nella tabella sottostante.

L'assicurazione potrà essere estesa, su adesione volontaria e con versamento del relativo premio a carico del singolo, al personale docente e ricercatore ("docenti") dell'Associato, nel quale sono da intendersi ricompresi i seguenti soggetti:

L'assicurazione potrà inoltre essere estesa, su adesione volontaria e con versamento del relativo premio a carico del singolo, ai componenti dei relativi nuclei familiari (come risultanti dal certificato di stato di famiglia) ("familiari").

L'estensione della polizza a "docenti" e "familiari", di cui sopra, potrà avvenire, di anno in anno, solo ed esclusivamente al raggiungimento, per ciascuna rispettiva categoria, di un numero di aderenti pari almeno al numero indicato nella tabella sotto riportata (=30% del rispettivo numero massimo stimato):

1-PTA	2-DOCENTI	3-FAMILIARI
.....



A.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 della necessaria documentazione medica ed inoltrata secondo le modalità di cui al successivo art. A.5 (Agenzia/Broker e comunicazioni fra le Parti).

A.4 PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

a) Con riferimento al solo personale "pta", come individuato al precedente art. A.2 (Assicurato/Beneficiario), il premio viene anticipato dall'Associato in via provvisoria nell'importo corrispondente al premio unitario, di cui all'offerta di gara, moltiplicato per il numero effettivo di soggetti esistenti all'atto della stipula, (individualmente identificati e comunicati alla Società), ed è regolato alla fine di 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 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 del 60% 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.

Nel caso di nuova assunzione la garanzia decorrerà dalle ore 00:00 della data di comunicazione. Qualora la comunicazione abbia data successiva a quella di effettiva assunzione, risultante dai registri dell'Ateneo, ai fini dell'attivazione della garanzia farà fede quest'ultima. Il ritardo di comunicazione non potrà comunque essere superiore a 30 giorni, oltre i quali l'assicurazione decorrerà dalla data di effettiva comunicazione come sopra indicato, pena la decadenza del diritto all'indennizzo.

Nel caso di risoluzione del rapporto di lavoro la garanzia scadrà dalle ore 00:00 della data di comunicazione.

Le differenze attive dovute a termini del presente articolo dovranno essere pagate entro 90 giorni da quello in cui la Società ha presentato all'Ateneo il relativo conto di regolazione.

b) Con riferimento alle categorie ad adesione volontaria "docenti" e "familiari", come individuate al precedente art. A.2 (Assicurato/Beneficiario) il premio viene anticipato dall'Associato in via provvisoria nell'importo corrispondente al premio unitario, di cui all'offerta di gara, moltiplicato per il numero effettivo di soggetti aderenti all'atto della stipula e solo in caso di attivazione della polizza; il premio, a carico del singolo assicurato, viene complessivamente corrisposto dall'Associato con riferimento al numero dei soggetti aderenti, individualmente identificati e comunicati alla Società. 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 inclusioni di assicurati, dovute a soggetti di nuova adesione, 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 del 60% del premio annuo.

Nel caso di nuova adesione, la garanzia decorrerà dalle ore 00:00 della data di comunicazione.

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

Le differenze attive dovute a termini del presente articolo dovranno essere pagate entro 90 giorni da quello in cui la Società ha presentato all'Ateneo il relativo conto di regolazione.

A.5 AGENZIA/BROKER e COMUNICAZIONI FRA LE PARTI

Il Contraente/Associato e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione potrà avvenire per il tramite dell'Agenzia/Broker eventualmente incaricata/o dalla Compagnia. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato all'Agente/Broker si intenderà come fatta alla Società, come pure ogni comunicazione fatta dall'Agente/Broker al Contraente/Assicurato si intenderà come fatta dalla Società stessa.

Ogni comunicazione diretta alla Società, ivi compresa l'apertura di ogni sinistro e l'inoltro della necessaria documentazione, avverrà a mezzo piattaforma telematica messa a disposizione dalla Società, ovvero a mezzo posta elettronica.

A.6 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società, nonché ogni altra impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto, sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla legge 12 agosto 2010 n. 136 e ss.mm.ii.

I soggetti di cui sopra sono obbligati a comunicare all'Associato gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati - anche se in via non esclusiva - alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti. Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire, salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata, tramite bonifico bancario o postale e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il codice identificativo di gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice unico di Progetto (CUP) comunicati dall'Associato.

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

A.7 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto ha la durata di **tre (3) anni** con decorrenza dalla stipula della polizza.

E' inoltre facoltà dell'Associato, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la cessazione della garanzia, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio pagato, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza. L'Associato s'impegna a versare il premio relativo al predetto periodo entro 90 giorni dalla data di effetto del medesimo periodo di proroga.

A.8 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

A.9 PRODUZIONE DI INFORMAZIONI SUI SINISTRI

Entro tre mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso sei mesi prima della scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi, pena l'applicazione delle penali di cui al successivo periodo, 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 del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in formato [standard digitale aperto] tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura), e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro: il numero del sinistro attribuito dalla Società; la data di accadimento dell'evento; la data della denuncia; la tipologia dell'evento (specificando esattamente l'articolo di cui alla Sezione B del presente Capitolato Speciale d'Appalto applicato); l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati: a) sinistro agli atti, senza seguito; b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____; c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____.

In caso di mancato rispetto di quanto previsto sopra, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, la Società dovrà corrispondere all'Associato un importo pari al 0,3 ‰ del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari al 10% del valore della polizza.

La Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che l'Associato, d'intesa con la Società, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo l'Associato deve fornire adeguata motivazione.

Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui sopra.

A.10 VARIAZIONE DEL RISCHIO

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.

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto alla Società. Le variazioni che devono essere comunicate possono concernere, a titolo esemplificativo, i mutamenti interni all'organizzazione dell'Associato (variazione significativa del numero dei dipendenti, adozione di strumenti di riduzione del rischio, delibere dell'Associato che impattano sulle competenze e sulle funzioni svolte).

L'Associato non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

A.11 REVISIONE DEI PREZZI E DI ALTRE CLAUSOLE CONTRATTUALI

Qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare all'Associato, la Società può segnalare

all'Associato il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. A.10 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali assicurati. L'Associato, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le Parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

A.12 CLAUSOLA DI RECESSO

In caso di mancato accordo ai sensi dell'art.A.11 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le Parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità. La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al primo cpv. dell'art A.11 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dalla Società, ovvero, nei casi di cui al secondo cpv. del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta dell'Associato.

Qualora alla data di effetto del recesso l'Associato non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni. L'Associato contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art. A.9 (Produzione di informazioni sui sinistri) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

A.13 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi all'Associato nei tre mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. A.11 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e A.12 (Clausola di recesso) e con decorrenza del termine di cui al secondo cpv. del citato art. A.11 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) dalla ricezione della citata dichiarazione.

A.14 ONERI FISCALI

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

Tutte le spese di bollo e di registrazione relative alla stipula del contratto sono a carico della Società, nell'ammontare previsto all'atto della stipula.

A.15 FORO COMPETENTE

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

A.16 TERMINI DI PRESCRIZIONE

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

A.17 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

A.18 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente/Associato è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato di darne avviso in caso di sinistro.

A.19 COASSICURAZIONE e R.T. (clausola EVENTUALE)

In caso di coassicurazione, l'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto allegato. Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle Coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, con vincolo di solidarietà nel debito, in deroga all'art. 1911 del Codice Civile.

La Compagnia designata come Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nell'allegato riparto a firmare gli atti di liquidazione di ciascun sinistro anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente contratto, nonché per qualunque altro atto o comunicazione (ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta) riguardanti la presente copertura assicurativa.

La Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici della esazione dei premi o di importi comunque dovuti dal contraente/Associato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze. Scaduto il premio, la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome.

Anche in caso di Raggruppamento Temporaneo, si deroga totalmente al disposto di cui all'art.1911 del codice civile, essendo tutte le imprese responsabili in solido.

La delega assicurativa è assunta dall'impresa di assicurazione indicata dal raggruppamento di imprese quale capogruppo.

SEZ. - B - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La copertura assicurativa viene prestata senza la preventiva compilazione di questionario sanitario e rimborsa le spese sanitarie sostenute per i seguenti casi.

B.1 AREA RICOVERO

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.

B.2 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Angiografia, Chemioterapia e terapie radianti, Cobaltoterapia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia, ecocardiografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia, laserterapia a scopo fisioterapico, radioterapia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia **PET**, TAC, telecuore.

Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) con applicazione di una franchigia di € 35,00 per accertamento.

Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo di € 70,00 per ogni accertamento in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.

Ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: € 8.000,00 per assicurato, elevato a € 10.000,00 per cure oncologiche.

B.3 VISITE SPECIALISTICHE

Tutte le visite specialistiche con l'esclusione delle visite pediatriche e delle odontoiatriche e ortodontiche in strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

Copertura solo tramite strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) con applicazione di una franchigia di € 35,00 per visita.

I ticket del SSN o di strutture ad esso accreditate saranno rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: € 600,00 per assicurato.

B.4 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Rimborso delle spese per trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi, a seguito di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto e certificato dal Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) senza applicazione di scoperti e franchigie.

Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo di € 70,00 per ogni fattura in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.

SSN o strutture ad esso accreditate: ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: € 500,00 per assicurato

B.5 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Comprende:

- Spese per terapie conservative e ortodonzia.

- Spese per le protesi dentarie.

Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) con applicazione di uno scoperto del 25%.

Una volta l'anno e solo presso strutture convenzionate, è previsto il pagamento integrale di:

- una visita specialistica;

- una igiene orale professionale completa.

Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 50% in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.

Ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: € 200,00 per assicurato.

B.6 PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

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

Massimale annuo assicurato € 1.000,00 per assicurato.

B.7 GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA

DEFINIZIONE DELLA GARANZIA

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

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

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

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

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

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

DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEO

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza temporaneo l'assicurato che presenti la necessità dell'aiuto di un terzo per compiere almeno tre dei seguenti atti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.

La Società corrisponde l'importo garantito quale somma assicurata per il periodo computato in giorni per i quali perdura lo stato di non autosufficienza temporaneo.

SOMMA ASSICURATA

Il massimale mensile della garanzia, nel caso in cui l'assicurato si trovi nelle condizioni indicate al precedente punto "Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo", corrisponde a € 300,00 per assicurato.

B.8 PREVENZIONE (SOLO IN CONVENZIONAMENTO DIRETTO)

Solo una volta all'anno per ciascun assicurato, la Società provvede al pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) delle prestazioni di prevenzione effettuate solo in strutture sanitarie convenzionate.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione, previa prescrizione medica ove previsto dalla normativa vigente.

Elenco esami validi per tutti gli assicurati:

Alanina aminotrasferasi ALT - Aspartato Aminotrasferasi AST - colesterolo HDL - colesterolo totale - creatinina - esame emocromocitometrico e morfologico completo - gamma GT - glicemia

trigliceridi - tempo di protrombina parziale - tempo di protrombina PT - urea - VES – urine: esame chimico, fisico e microscopico - Feci: ricerca del sangue occulto.

Medicina preventiva uomo: PSA e visita urologica, ECG, rx torace.

Medicina preventiva donna: pap test, esame mammografico, ECG.

SEZ. - C - LIMITAZIONI

C.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

C.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

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

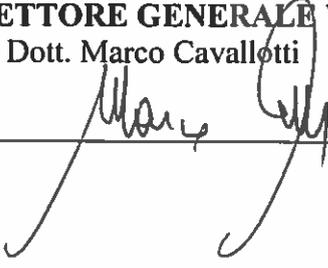
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo non siano esplicitamente previsti in polizza);
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza (si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento);
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni 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 dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

C.3 LIMITI DI ETÀ

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

IL RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO DIRETTORE GENERALE VICARIO

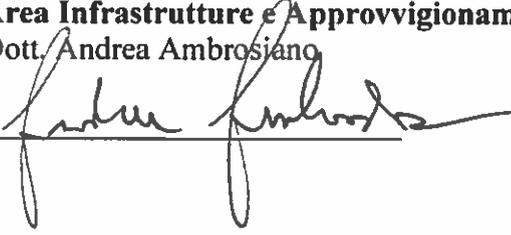
Dott. Marco Cavallotti



Struttura referente:

Area Infrastrutture e Approvvigionamenti – Settore Centrale di Committenza

Dott. Andrea Ambrosiano



E' copia conforme all'originale cartaceo.

*L'imposta è assolta in modo virtuale ai sensi
dell'autorizzazione n. 95936 del 23.12.02*

L'UFFICIALE ROGANTE

Dott. Andrea Ambrosiano

*(Firmato digitalmente – ex art 24, D.Lgs.
82/05). Milano, 21/12/2016*

