

CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO

Oggetto:	servizio di assicurazione per il rimborso delle spese mediche ospedaliere (RSMO) per docenti e PTAB per tre anni per l'Università degli Studi di Milano Bicocca e l'Università degli Studi dell'Insubria
Valore:	€ 2.060.322,00 (imposte incluse) - di cui € 1.469.955,00 (imposte incluse) per l'Università degli Studi di Milano Bicocca ed € 590.367,00 (imposte incluse) per l'Università degli Studi dell'Insubria
Procedura adottata:	procedura aperta ex art. 71 d.lgs. 36/2023
Determina a contrarre:	deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 126/2023 del 21 marzo 2022 (Programma biennale degli acquisti di beni e servizi 2023-2024)
Codice Unico di Intervento-CUI:	S12621570154202300005
CIG:	B158414A90
Criterio di aggiudicazione:	offerta economicamente più vantaggiosa – ex art. 108, comma 1 d.lgs. 36/2023
RUP - Responsabile Unico del Progetto:	Arch. Anna Maria Maggiore – Dirigente Area Infrastrutture ed Approvvigionamenti (Det. Dir. rep. n. 323 del 2024 – prot. n. 27441 del 22/01/2024)
UOR – Unità Operativa Responsabile:	Area Infrastrutture e Approvvigionamenti - Settore Centrale di Committenza e Gestione Contratti - e-mail: centrale.committenza@unimib.it
Dirigente Competente per la procedura di selezione:	Arch. Anna Maria Maggiore – Dirigente Capo Area Infrastrutture e Approvvigionamenti
Referente/i pratica:	Dott. Andrea Ambrosiano - tel. +390264486069 Dott.ssa Valeria Donati - tel. +390264485365

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	4
DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CAPITOLATO	5
SEZ. - A - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	6
PREMESSA	6
A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	6
A.2 ASSICURATO/BENEFICIARIO	7
A.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO	8
A.4 PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO	8
A.5 GESTIONE DEL CONTRATTO (articolo valido solo per Università degli Studi di Milano Bicocca)	9
A.6 TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI	10
A.7 DURATA DELL'ASSICURAZIONE	10
A.8 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	10
A.9 PRODUZIONE DI INFORMAZIONI SUI SINISTRI	10
A.10 VARIAZIONE DEL RISCHIO	11
A.11 REVISIONE DEI PREZZI E DI ALTRE CLAUSOLE CONTRATTUALI	11
A.12 CLAUSOLA DI RECESSO	12
A.13 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE	12
A.14 ONERI FISCALI	12
A.15 FORO COMPETENTE	12
A.16 TERMINI DI PRESCRIZIONE	12
A.17 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	13
A.18 ALTRE ASSICURAZIONI	13
A.19 COASSICURAZIONE e R.T. (clausola EVENTUALE)	13
SEZ. - B - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	13
B.1 AREA RICOVERO	13
B.1.1 DIMISSIONE OSPEDALIERA	13
B.2 PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	14
B.3 VISITE SPECIALISTICHE	14

B.4 TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	14
B.5 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO E/ MALATTIA	15
B.6 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	15
B.7 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO	15
B.8 PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE	16
B.9 GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA	17
B.9.1 CONSULENZA ORGANIZZATIVA SOCIO ASSISTENZIALE	17
B.10 PREVENZIONE (SOLO IN CONVENZIONAMENTO DIRETTO)	17
B.11 LENTI E OCCHIALI	18
B.12 MONITORAGGIO DELLE CRONICITÀ	18
SEZ. - C – LIMITAZIONI	19
C.1 ESTENSIONE TERRITORIALE	19
C.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE	19
C.3 LIMITI DI ETÀ	19
SEZ. - D – GESTIONE DELLE PRATICHE	19
SEZ. - E - TEMPISTICA DI LAVORAZIONE E DI LIQUIDAZIONE DELLE PRATICHE	
RSMO	20
SEZ. - F - FORMAZIONE	20

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 30.06.2024

SCADENZA PRIMA RATA: ore 24.00 del 30.06.2025

SCADENZA DEL CONTRATTO: ore 24.00 del 30.06.2027

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 (*definizione valida solo per Università degli Studi di Milano Bicocca*) Il Broker vigente, ossia Willis Italia SpA

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: il personale di ruolo assunto a tempo indeterminato o determinato, full time o part time/personale tecnico-amministrativo (a tempo determinato e indeterminato); il personale tecnico-amministrativo in comando; i collaboratori ed esperti linguistici; il personale dirigente, presso l'Università degli Studi di Milano Bicocca e l'Università degli Studi dell'Insubria, nel numero effettivo di soggetti esistenti all'atto della stipula (Tabella 1).

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: personale docente e ricercatore, a tempo determinato e indeterminato, (professori ordinari, straordinari, associati, ricercatori).

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" 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, oppure nella diversa percentuale offerta in sede di gara (“docenti”: 30% degli aventi diritto oppure 20% degli aventi diritto; “familiari”: 30% di personale “pta” e “docente” (numeri effettivi) oppure 20% di personale “pta” e “docente” (numeri effettivi)).

Tabella 1

Associato	1-PTA	2-DOCENTI	3-FAMILIARI PTA/DOCENTI
Università degli Studi di Milano Bicocca	<i>[numero effettivo all'atto della stipula]</i>	<i>[numero effettivo all'atto della stipula]</i>	<i>[numero effettivo all'atto della stipula]</i>
Università degli Studi dell'Insubria	<i>[numero effettivo all'atto della stipula]</i>	<i>[numero effettivo all'atto della stipula]</i>	<i>[numero effettivo all'atto della stipula]</i>

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 e in ogni caso entro massimo 30 giorni 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 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 regolate:

- 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.

Oppure, come da offerta migliorativa eventualmente presentata in fase di gara.

Eventuali esclusioni di assicurati, avvenute nel primo semestre dell'anno, daranno luogo a rimborso del 50% del premio corrisposto

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 regolate:

- 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.

Oppure, come da offerta migliorativa eventualmente presentata in fase di gara.

Eventuali esclusioni di assicurati, avvenute nel primo semestre dell'anno, daranno luogo a rimborso del 50% del premio corrisposto

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 GESTIONE DEL CONTRATTO (articolo valido solo per Università degli Studi di Milano Bicocca)

La gestione del servizio è affidata al Direttore dell'Esecuzione del Contratto, coadiuvato e assistito dal Broker in qualità di Assistente al DEC ai sensi del comma 4, art. 32, ALLEGATO II.14 al D.Lgs. 36/23.

La Stazione Appaltante, in conformità a quanto previsto dall'ultimo comma dell'art. 6 del contratto di brokeraggio, procede a liquidare l'importo del premio direttamente all'assicuratore, decurtato della percentuale dovuta al broker pari al **2,89%**. Sarà poi onere della Stazione Appaltante inoltrare la documentazione di tale adempimento al Broker, che nulla potrà eccepire.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta elettronica - avverranno per il tramite del suddetto Broker, che viene quindi riconosciuto dalle Parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse.

A.6 TRACCIABILITA' 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.

È inoltre facoltà dell'Associato, con preavviso di almeno 30 giorni antecedenti la cessazione della garanzia, richiedere alla Società, ai sensi dell'art. 120 c. 11 del D.Lgs. 36/23, 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 formalizzate per iscritto.

A.9 PRODUZIONE DI INFORMAZIONI SUI SINISTRI - PENALI

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, con cadenza semestrale, 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 una penale di 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. L'importo complessivo delle penali irrogate non potrà superare il 10% dell'importo contrattuale; qualora gli inadempimenti siano tali da comportare il superamento di tale percentuale l'Amministrazione dichiarerà risolto il contratto. 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 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 previste all'Art. A.10 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 60 d.lgs. 36/2023, la revisione dei premi.

L'Associato, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria eventuale 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. In caso di recesso la Stazione Appaltante tratterà, a titolo di indennizzo, quota parte, *ex art.* 117 c. 8 del D.Lgs. 36/23, della somma non ancora svincolata della fideiussione/cauzione definitiva.

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 dell'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.1.1 DIMISSIONE OSPEDALIERA

A seguito di dimissione ospedaliera e previa presentazione della cartella clinica, è **prevista la** copertura dei Servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica tramite struttura convenzionata con il network della Società.

Massimale annuo assicurato: € 1.000,00 per assicurato

B.2 PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Angiografia, chemioterapia e terapie radianti, cobaltoterapia, diagnostica radiologica, doppler, ecografia, ecocardiografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia, laserterapia a scopo fisioterapico, radioterapia, RMN, PET, TAC, scintigrafia, telecuore, ECG da sforzo, Holter, ecocolordoppler, angio RMN, artrografia, broncografia, cistografia, cistouretrografia, clisma opaco, colangiografia trans Kehr, colecistografia, dacriocistografia, defecografia, fistelografia, fluorangiografia, galattografia, isterosalpingografia, mielografia, retinografia, RX esofago con MDC, RX stomaco e duodeno con MDC, RX tenue e colon con MDC, scialografia, splenoportografia, urografia, vesciculodeferentografia, videoangiografia, wirsungrafia, elettroencefalogramma, elettromiografia, esame mammografico.

Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) con applicazione di una franchigia di € 30,00 per accertamento.

Rimborso delle spese sostenute con applicazione del minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni accertamento in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.

Ticket SSN o strutture ad esso accreditate rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: € 80.000,00 per assicurato, elevato a € 100.000,00 per cure oncologiche.

B.3 VISITE SPECIALISTICHE

Tutte le visite specialistiche con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite 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: € 6.000,00 per assicurato.

B.4 TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

È previsto il rimborso dei ticket S.S.N. per accertamenti diagnostici. Le prestazioni sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicate in prescrizione medica. A titolo esemplificativo e non esaustivo rientrano in copertura le seguenti prestazioni:

Esami del sangue (tutti);

Prelievi microbiologici.

Massimale annuo: € 500,00 per assicurato con l'applicazione di uno scoperto di € 5,00 per ogni ticket ammesso a rimborso

B.5 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO E/ MALATTIA

Rimborso delle spese per trattamenti di riabilitazione motoria, cardiologica, pneumologica, a seguito di malattia e/o di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto e, in caso di infortunio, certificato dal Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medici e siano effettuate da personale abilitato operante in strutture autorizzate e 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: € 5.000,00 per assicurato.

B.6 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 10%.

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

- una visita specialistica odontoiatrica;
- una seduta di igiene orale professionale completa mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento.

Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 30% in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.

Ticket SSN o strutture ad esso accreditate rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: € 300,00 per assicurato, in struttura convenzionata,

Oppure, come da offerta migliorativa eventualmente presentata in fase di gara.

Massimale annuo assicurato: € 350,00 / € 400,00 / € 450,00 per assicurato, in struttura convenzionata

limitato a € 250,00 in struttura non convenzionata.

B.7 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

La Società liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

- Adamantinoma
- Ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canale
- Cisti follicolari
- Cisti radicolari
- Odontoma
- Osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare (se localizzate nell'arcata superiore) o mandibolare (se localizzate nell'arcata inferiore)

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

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- Radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canale;
- Radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di € 2.000,00 per Assicurato.

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30%.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del S.S.N. o strutture ad esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

B.8 PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

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

L'indennizzo è previsto a seguito di patologia diagnosticata, in corso di contratto, previa valutazione anamnestica del paziente e prescrizione effettuata da medico specialista abilitato dalla normativa vigente in ambito di prestazioni sanitarie.

Massimale annuo assicurato € 1.000,00 per assicurato.

B.9 GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA

Assistenza sanitaria per soggetti non autosufficienti: qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente – clinicamente accertata – di svolgere in via autonoma alcuna delle seguenti attività quotidiane: lavarsi, vestirsi, nutrirsi e muoversi a seguito di infortunio occorso o malattia manifestatasi successivamente alla data di stipula del contratto o all'inclusione in copertura dell'Assicurato (per coloro che vengono incusi in copertura in corso d'anno), la Società rimborsa le spese sostenute per assistenza sanitaria (anche di natura riabilitativa) fornita a domicilio o in strutture residenziali o semiresidenziali, da organizzazioni o operatori specializzati e legalmente riconosciuti ed abilitati, fino alla concorrenza dell'importo di € 5.000,00 per assicurato e per anno assicurativo. Il predetto indennizzo è corrisposto per un massimo di due anni. Tuttavia, la presente garanzia cessa relativamente all'Assicurato per cui è stata erogata la prestazione, al momento della cessazione del posto di lavoro.

B.9.1 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 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 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.

B.10 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.

Visita dermatologica e mappatura nevi.

Medicina preventiva uomo:

- dai 40 anni in poi una volta l'anno: visita urologica; ECG; rx torace, PSA.

Medicina preventiva donna:

- dai 40 anni in su una volta l'anno: pap test; ecografia mammaria; mammografia; ECG

- dai 50 anni in su una volta l'anno: ecografia tiroidea in aggiunta al punto precedente

Altra medicina preventiva uomo e donna:

- dai 50 anni in poi una volta ogni due anni: Ecocolordoppler venoso arti inferiori e ecocolordoppler tronchi sovra aortici.

B.11 LENTI E OCCHIALI

In caso di acquisto di lenti, lenti a contatto ed occhiali (escluse le montature) a seguito di modifica di visus, la Società rimborserà le spese sostenute fino alla concorrenza di € 100,00 per anno e per soggetto assicurato.

Oppure, come da offerta migliorativa eventualmente presentata in fase di gara.

In caso di acquisto di lenti, lenti a contatto ed occhiali (escluse le montature) a seguito di modifica di visus, la Società rimborserà le spese sostenute fino alla concorrenza di € 150,00 / € 200,00 / € 250,00 per anno e per soggetto assicurato.

È prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 30,00 per fattura.

B.12 MONITORAGGIO DELLE CRONICITÀ

Con lo scopo di monitorare lo stato di salute di pazienti affetti da determinate patologie croniche attraverso un servizio di telemonitoraggio a distanza, la Società offre il seguente servizio aggiuntivo.

Qualora la persona colpita da non autosufficienza sia temporanea che permanente, sia affetta da una delle seguenti patologie croniche:

- Ipertensione
- Diabete
- Bronchite cronica (BPCO)

e risponda a specifici criteri di inclusione (che definiranno il grado di severità idoneo al telemonitoraggio a distanza), verrà fornito un servizio di assistenza remota che ha le seguenti finalità:

- Contribuire alla stabilità della patologia per limitare l'evoluzione della stessa
- Migliorare lo stile di vita in funzione delle sue caratteristiche e stato di salute
- Accrescere il grado di percezione e conoscenza del suo stato di salute
- Accrescere la sua capacità di autogestione della cronicità.

SEZ. - C – LIMITAZIONI

C.1 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.

C.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

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

- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 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);
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

C.3 LIMITI DI ETÀ

Non ci sono limiti di età.

SEZ. - D – GESTIONE DELLE PRATICHE

1. messa a disposizione di un call center dedicato alla risoluzione dei quesiti e all'assistenza tecnica.
2. disponibilità ad effettuare incontri formativi rivolti a tutti gli assicurati, presso le rispettive sedi in merito alla portata delle garanzie, alla modalità di attivazione delle stesse ed alla gestione delle pratiche di rimborso.

3. messa a disposizione di un portale on line dedicato all'apertura dei sinistri e alla gestione delle pratiche inoltrando documentazione esclusivamente elettronica e senza ulteriore invio di documenti in originale garantendo in ogni caso gli standard di tutela della riservatezza previsti per legge. (La Società potrà richiedere la produzione degli originali di tale documentazione solo in motivati casi di dubbio sull'autenticità degli stessi ovvero in presenza di documenti elettronici risultanti illeggibili o parzialmente leggibili).

SEZ. - E - TEMPISTICA DI LAVORAZIONE E DI LIQUIDAZIONE DELLE PRATICHE RSMO

Le pratiche saranno lavorate e liquidate con una tempistica compresa tra i 10 ed i 15 gg. dalla data del corretto caricamento a sistema/portale messo a disposizione dalla Compagnia (Società) o dalla data di ricezione della documentazione medica ed economica da parte della Compagnia/Società.

SEZ. - F - FORMAZIONE

La Compagnia si impegna ad organizzare presso la sede della Contraente o via *webinar* un minimo di 3 giornate formative a favore degli assicurati per illustrare i contenuti della polizza e le modalità di utilizzo del portale *web*.

Struttura referente:

Settore Centrale di Committenza e Gestione Contratti
Il Capo Settore Dott. Andrea Ambrosiano
[f.to digitalmente ex art. 24, D.Lgs. 82/05]

Il Collaboratore del RUP
Settore Welfare e Sport
dott. Roberto Manera
[f.to digitalmente ex art. 24, D.Lgs. 82/05]

La Responsabile Unica di Progetto
Dirigente Area
Infrastrutture e Approvvigionamenti
Arch. Anna Maria Maggiore
[f.to digitalmente ex art. 24, D.Lgs. 82/05]

Documento originale conservato agli atti della S.A.