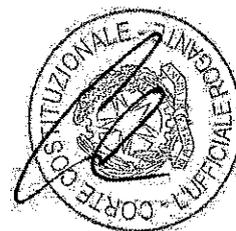


CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INERENTE IL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

CIG: 91056468C8



<b>SEZIONE C - CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA</b> .....	4
C. 1 DEFINIZIONI.....	4
C. 2 - VALIDITÀ ESCLUSIVA DELLE NORME DATTILOSCRITTE.....	6
C. 3 - INTERPRETAZIONE DELLE CLAUSOLE CONTRATTUALI.....	6
C. 4 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI TRA L'AMMINISTRAZIONE CONTRAENTE E L'ASSICURATORE.....	6
C. 5- DURATA E DECORRENZA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE.....	7
C.6 - PENALI.....	7
C.8 - ESTENSIONE AI "PARENTI ED AFFINI ENTRO IL II GRADO" DEI SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA E DEL PERSONALE CHE CESSA DAL SERVIZIO.....	8
C.9 - INCLUSIONE DEI NUCLEI ASSICURATI, PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO.....	8
C.9 BIS - REVISIONE PREZZI.....	9
C.10 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE - MEDIAZIONE.....	9
C.11 - SPESE ED ONERI FISCALI.....	10
C.12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	10
C.13 - TRACCIABILITÀ FLUSSI FINANZIARI.....	10
C. 14 ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA.....	11
<b>SEZIONE D - CONDIZIONI DEI SERVIZI ASSICURATIVI DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA</b> .....	11
D.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	11
D.2 - SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA.....	16
D.3 - TERMINI DI ASPETTATIVA E DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI.....	17
D.4 - CENTRI CONVENZIONATI - NETWORK.....	17
D.5 - ESTENSIONI TERRITORIALI.....	18
D.6 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI.....	18
D.8 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE, MODALITÀ DI PAGAMENTO E DI RIMBORSO.....	19
D.9 - RINUNCIA DELLA SOCIETÀ AL DIRITTO DI SURROGAZIONE.....	21
<b>SEZIONE E - CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE</b> .....	22
E.1 - ESTENSIONE DELLE GARANZIE AI FIGLI NON FISCALMENTE A CARICO PURCHÉ CONVIVENTI.....	22
E.2 - ESTENSIONE AI "PARENTI ED AFFINI ENTRO IL II GRADO" DEI SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA E DEL PERSONALE CHE CESSA DAL SERVIZIO.....	22

F.1 - REPORTISTICA DEI SINISTRI.....	23
F.2 - PRESIDIO TECNICO PRESSO L'AMMINISTRAZIONE E NUMERI DEDICATI AL SERVIZIO.....	24
F.3 - RESPONSABILE DEL SERVIZIO.....	24
SEZIONE G - CLAUSOLA BROKER.....	25
ALLEGATO.....	26
ELENCO 1 - GRAVI MALATTIE.....	26
ELENCO 2 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	26



## SEZIONE C - CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA

### C. 1 DEFINIZIONI

Nel corpo del presente Capitolato Tecnico, ivi compresi l'Elenco 1 - *Gravi Malattie* e l'Elenco 2 - *Grandi Interventi Chirurgici*, viene convenzionalmente attribuito ai seguenti termini il significato di seguito precisato:

Amministrazione Contraente o anche solo Amministrazione:	Corte Costituzionale;
Assicurato:	I soggetti il cui interesse è protetto dall'assicurazione, come previsto dal paragrafo D.2 - <i>Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa</i> ;
Assicuratore:	L'aggiudicatario della gara, ovvero l'Impresa assicuratrice o il Raggruppamento Temporaneo di Imprese o le imprese in coassicurazione o il Consorzio;
Assicurazione/ Contratto di Assicurazione/Polizza:	I documenti contrattuali che provano l'assicurazione;
Broker:	La Società iscritta al Registro Unico degli Intermediari, a cui il Contraente ha facoltà di affidare, a norma della D. Lgs. 209/2005, la gestione del presente contratto.
Premio:	Il corrispettivo dovuto dall'Amministrazione Contraente all'Assicuratore;
Indennità:	La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro;
Sinistro:	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
Malattia:	Ogni alterazione dello stato di salute, anche temporaneo, non dipendente da infortunio;
Grave malattia:	Ogni malattia indicata nell'Elenco 1 - <i>Gravi malattie</i> ;
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro;



<p><b>Infortunio:</b></p>	<p>Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono considerati infortuni anche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ l'asfissia non di origine morbosa;</li> <li>✓ gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;</li> <li>✓ le affezioni e gli avvelenamenti conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari;</li> <li>✓ l'annegamento;</li> <li>✓ l'assideramento o il congelamento;</li> <li>✓ i colpi di sole o di calore o di freddo;</li> <li>✓ la folgorazione;</li> <li>✓ le lesioni determinate da sforzi con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini;</li> <li>✓ quelli sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici,</li> </ul>
	<p>dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ quelli subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi in deroga all'art. 1900 c.c.;</li> <li>✓ quelli conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana e per legittima difesa;</li> <li>✓ quelli causati da ubriachezza purché non alla guida di veicoli e/o natanti;</li> <li>✓ quelli derivanti da tumulti popolari, scioperi, sommosse, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;</li> </ul>
<p><b>Intervento chirurgico:</b></p>	<p>Atto terapeutico realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature ad essi alternativi, compreso l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni. Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo, fermo rimanendo quanto previsto al paragrafo D.1 punto B) <i>Rimborso spesa per accertamenti di "alta diagnostica"</i>;</p>
<p><b>Grande intervento chirurgico:</b></p>	<p>Ogni intervento chirurgico indicato nell'Elenco 2 - Grandi interventi chirurgici;</p>
<p><b>Ricovero:</b></p>	<p>La degenza, comportante pernottamento, in Istituto di cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;</p>

REGIONALE

<b>Day hospital:</b>	La degenza esclusivamente diurna, documentata da cartella clinica, in Istituto di cura;
<b>Istituto di cura:</b>	Ogni struttura sanitaria, pubblica o privata, (ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario), che in base ai requisiti di legge e a quanto previsto dalle competenti autorità, è idonea all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; non sono considerati "Istituti di Cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;
<b>Centro convenzionato:</b>	Istituto di cura (centro) che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti, in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto a termini di polizza, direttamente dall'Assicuratore, come identificato al paragrafo D.4 - Centri Convenzionati;
<b>Franchigia:</b>	La somma, predeterminata in misura fissa, che, in caso di sinistro, dedotta dall'indennità, resta a carico dell'Assicurato
<b>Scoperto:</b>	La somma, espressa in valore percentuale che, in caso di sinistro, dedotta dall'indennità, resta a carico dell'Assicurato.
<b>Medicina alternativa o complementare (MAC):</b>	Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omeotossicologia; osteopatia; chiropratica.

## C. 2 - VALIDITÀ ESCLUSIVA DELLE NORME DATILOSCRITTE

Si intendono valide ed efficaci solo le norme dattiloscritte.

La firma apposta dall'Amministrazione Contraente e/o Assicurato su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e/o della ripartizione del rischio tra le imprese di assicurazione partecipanti alla Coassicurazione.

## C. 3 - INTERPRETAZIONE DELLE CLAUSOLE CONTRATTUALI

In caso di dubbia interpretazione delle clausole contrattuali prevarrà l'interpretazione estensiva e/o più favorevole all'Amministrazione Contraente/Assicurato.

## C. 4 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI TRA L'AMMINISTRAZIONE CONTRAENTE E L'ASSICURATORE

Qualsiasi comunicazione dovrà essere effettuata tramite lettera raccomandata A/R o PEC o a mezzo corriere e/o altro mezzo che renda documentabile il ricevimento della comunicazione, indirizzati all'Assicuratore nel domicilio legale indicato nel Contratto. Le comunicazioni si intenderanno ricevute nel momento in cui perverranno all'indirizzo del destinatario (se effettuate mediante lettera raccomandata A.R. o a mezzo corriere) o alla data risultante dalla ricevuta di trasmissione (se effettuate tramite PEC).

Analoga procedura adoterà l'Assicuratore nei confronti dell'Amministrazione Contraente e dell'Assicurato.

Resta salvo quanto previsto dal paragrafo D.2 - *Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa* in merito alle comunicazioni ivi previste.

#### C. 5- DURATA E DECORRENZA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Assicurazione avrà validità di (36) trentasei mesi con decorrenza dalle ore 24.00 del 31.12.2022 alle ore 24.00 del 31.12.2025.

L'Assicurazione cesserà automaticamente alla sua naturale scadenza senza obbligo di preavviso, né possibilità di tacito o unilaterale rinnovo.

L'Assicuratore, su richiesta del Contraente da inoltrarsi a mezzo pec, entro 30 gg. dalla scadenza, si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo fino a (180) centottanta giorni oltre la scadenza contrattuale stessa, al fine di procedere all'espletamento di nuova gara.

#### C.6 - PENALI

Nell'ipotesi in cui l'Assicuratore effettui il pagamento di quanto dovuto direttamente all'Assicurato, così come previsto al paragrafo D.8 - *Criteri di liquidazione, modalità di pagamento e di rimborso* del Capitolato Tecnico, laddove il termine di liquidazione non sia rispettato per 10 (dieci) volte, l'Assicuratore è tenuto al pagamento all'Amministrazione contraente di un importo, a titolo di penale, ai sensi dell'art. 1382 c.c., pari all'(1%) un per cento dell'importo complessivo delle pratiche liquidate in ritardo, fatto salvo l'eventuale risarcimento del maggior danno.

Per ogni evento di mancato rispetto del termine di liquidazione successivo al decimo, l'Assicuratore è tenuto al pagamento all'Amministrazione contraente di un importo pari all' (1%) un per cento dell'importo della singola pratica liquidata in ritardo. Nel caso di mancato rispetto del termine di liquidazione per oltre 15 (quindici) volte, l'Amministrazione ha diritto alla risoluzione del presente Contratto secondo quanto stabilito nel successivo articolo 17.

Si precisa che l'eventuale ritardo dovuto alla non completezza della documentazione presentata dall'Assicurato ai fini del rimborso, non darà luogo ad applicazione di penali.

In caso di mancato rispetto di quanto disposto dal paragrafo F.1 - *Reportistica dei sinistri* del Capitolato Tecnico, l'Assicuratore dovrà corrispondere all'Amministrazione la somma di € 100,00 (euro cento/00) per ogni giorno di ritardo, fatto salvo il risarcimento del maggior danno.

Nel caso di mancata presenza nel Presidio del Referente tecnico o di un suo sostituto espressamente autorizzato dalla Corte in un trimestre, l'Amministrazione, a partire dal secondo giorno, applicherà una penale di (€ 100,00) euro cento/00 per ogni giorno di assenza.

Nel caso in cui la mancata presenza nel Presidio del Referente tecnico o di un suo sostituto espressamente autorizzato dalla Corte si dovesse ripetere consecutivamente per (3) tre volte ovvero complessivamente per (10) dieci volte, l'Amministrazione avrà la facoltà di risolvere il contratto per grave inadempimento.

#### C.7 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'Assicuratore intenda avvalersi dell'istituto della coassicurazione diretta, la gestione del Contratto sarà affidata all'impresa delegataria indicata nel Contratto medesimo; di conseguenza tutti i rapporti inerenti il Contratto intercorreranno con l'impresa delegataria.

Tutti gli atti di gestione compiuti dall'impresa delegataria per conto comune saranno validi ed efficaci anche nei confronti delle altre imprese coassicuratrici.

Pertanto, la firma apposta dall'impresa delegataria sul Contratto di assicurazione sarà ad ogni effetto valida anche per le quote delle coassicuratrici.

Ai sensi dell'art. 1911 Codice Civile, ciascuna impresa coassicuratrice risponderà della quota di rischio assunta.

#### **C.8 - ESTENSIONE AI "PARENTI ED AFFINI ENTRO IL II GRADO" DEI SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA E DEL PERSONALE CHE CESSA DAL SERVIZIO**

E' prevista l'estensione ai "parenti ed affini entro il II grado" dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa, come previsti nel punto *D.2 Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa*, lett. a) e b), nonché al Personale assicurato che cessa dal servizio presso l'Amministrazione, previa esplicita comunicazione da parte della stessa, come meglio dettagliato nella Sezione E del presente Contratto di Assicurazione.

#### **C.9 - INCLUSIONE DEI NUCLEI ASSICURATI, PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO**

Per gli anni assicurativi 2023, 2024 e 2025, l'Amministrazione comunicherà entro il 31 dicembre di ogni anno l'elenco del personale con il proprio nucleo familiare che avrà aderito alle garanzie assicurative previste nel presente Capitolato Tecnico.

Qualora il personale già in servizio con il proprio nucleo familiare non aderisca entro il termine previsto, potrà aderirvi unicamente a far data dall'annualità successiva.

L'Amministrazione potrà, nel corso dell'anno assicurativo, includere un nuovo nucleo familiare solo ed esclusivamente per il dipendente che prende servizio presso la Corte costituzionale nel corso dell'anno ed escludere i nuclei familiari estinti nel corso dell'anno assicurativo, dove per estinzione del nucleo familiare si intende il decesso dell'unico componente residuo del nucleo familiare stesso.

Per il personale che prende servizio presso la Corte costituzionale nel corso dell'anno, ed il relativo nucleo familiare, l'efficacia delle coperture assicurative decorrerà dalle ore 24,00 del giorno in cui l'Amministrazione contraente invierà la comunicazione di inclusione all'Assicuratore tramite e-mail o PEC.

Nel caso di esclusioni dalla copertura nel corso dell'anno assicurativo di uno o più nuclei familiari per estinzione del nucleo stesso, l'avvenuta estinzione verrà tempestivamente comunicata dall'Amministrazione e la copertura cesserà la sua efficacia a far data dalla naturale estinzione del nucleo familiare.

Per gli anni assicurativi 2023, 2024 e 2025, l'Amministrazione verserà entro il 31 gennaio di ogni annualità assicurativa un premio anticipato pari al 50% del premio annuo previsto dal Contratto; la rimanente parte del premio annuale, dovuta ai termini di polizza, verrà saldata entro il 28 febbraio di ogni anno, sulla base del numero dei nuclei familiari effettivamente assicurati, compresi nell'elenco redatto a cura della Corte costituzionale, come specificato al paragrafo *D.2 - Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa*.

Ai fini del pagamento del premio e del relativo conguaglio per gli anni assicurativi 2023, 2024 e 2025 resta comunque inteso che:

1, nel caso di inclusioni:

- a) se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno solare, la stessa comporta la corrispondenza dell'intero premio annuo;

- b) se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno, solare verrà corrisposto il 60% (sessanta per cento) del premio annuo;
2. nel caso di esclusioni, l'Assicuratore restituirà la parte di premio ricevuta e non goduta, al netto delle imposte, in ragione di 1/360 del premio annuale del nucleo familiare escluso per ogni mese di garanzia residua.

Rimane comunque inteso che l'eventuale conguaglio delle inclusioni/esclusioni dei nuclei familiari avverrà entro il 31 gennaio dell'annualità successiva a quella di riferimento.

Qualora non venissero pagate le rate di premio o i successivi premi a conguaglio, secondo quanto previsto al presente paragrafo, l'assicurazione resterà sospesa dalle ore 24.00 del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello della scadenza e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

### C.9 BIS - REVISIONE PREZZI

1. A partire dalla seconda annualità contrattuale i prezzi sono aggiornati, su richiesta di uno dei contraenti, in aumento o in diminuzione sulla base dei prezzi standard rilevati dall'ANAC, degli elenchi dei prezzi rilevati dall'ISTAT, oppure, qualora i dati suindicati non siano disponibili, in misura non superiore alla differenza tra l'indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, al netto dei tabacchi (c.d. FOI) disponibile al momento del pagamento del corrispettivo e quello corrispondente al mese/anno di sottoscrizione del contratto.
2. La revisione dei prezzi è riconosciuta se le variazioni accertate risultano superiori al 6% (sei per cento) rispetto al prezzo originario.
3. La revisione dei prezzi può essere richiesta una sola volta per ciascuna annualità.

### C.10 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE - MEDIAZIONE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono:

- conferire per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuta l'indennità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano, fin d'ora, a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Oppure:

- attivare un procedimento stragiudiziale di mediazione ai sensi del d. lgs. 4 marzo 2010, n. 28 e ss.mm.ii., presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia ed istituito presso le sedi appositamente previste, che inviterà l'altra parte ad aderire e partecipare.

all'incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del citato d. lgs., nel rispetto del Regolamento di conciliazione da questo adottato. Detto Organismo, a scelta del Contraente o dell'Assicurato, può avere sede nella medesima provincia ove gli Stessi risiedono.

In caso di più domande relative alla stessa controversia trova applicazione il criterio di priorità cronologica, e cioè la mediazione si svolgerà avanti l'organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza di mediazione.

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, la parte interessata potrà agire in giudizio. In tale caso foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede il Contraente o dell'Assicurato.

#### **C.11 - SPESE ED ONERI FISCALI**

Sono a carico dell'Assicuratore tutte le spese di copia, stampa, registrazione in caso d'uso ed altre inerenti al presente atto.

Per quanto riguarda le imposte, tasse ed altri oneri fiscali relativi all'Assicurazione si applicano le disposizioni legislative in materia.

#### **C.12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente regolato dalle condizioni di polizza valgono le norme di legge.

#### **C.13 - TRACCIABILITÀ FLUSSI FINANZIARI**

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge 13 agosto 2010, n. 136 e ss.mm.ii.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura - Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante. L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 del Codice civile.

La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva.

La risoluzione, in base all'art. 1458 del Codice civile non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

#### C. 14 ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta. In caso di sinistro però, i Terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei Periti da eleggersi dalla Società e dal Contraente, né azione alcuna per impugnare la perizia, convenendosi che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che dal Contraente. L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio non potrà essere versata se non con l'intervento, all'atto del pagamento, dei terzi interessati. Si conviene tra le parti che, in caso di sinistro che colpisca beni sia di Terzi che del Contraente, su richiesta di quest'ultimo si procederà alla liquidazione separata per ciascun avente diritto. A tale scopo i Periti e gli Incaricati della liquidazione del danno provvederanno a redigere per ciascun reclamante, un atto di liquidazione. La Società effettuerà il pagamento del danno, fermo quant'altro previsto dalla polizza, a ciascun avente diritto.

### SEZIONE D - CONDIZIONI DEI SERVIZI ASSICURATIVI DI ASSISTENZA

#### SANITARIA INTEGRATIVA

##### D.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

I servizi di assicurazione sanitaria richiesti dovranno essere operanti in caso di malattia e infortunio per le spese, in seguito meglio definite, sostenute dall'Assicurato per:

##### A) Rimborso delle spese ospedaliere

L'assicurazione rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale di €600.000,00, raddoppiabile in caso di *Grande Intervento Chirurgico* o di *Grave malattia*, per anno assicurativo e nucleo familiare, in caso di ricovero - con o senza intervento chirurgico - in Istituto di cura pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (day hospital), o d'intervento chirurgico ambulatoriale, reso necessario da malattia o infortunio, come di seguito specificato:

- a) per gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza (con il limite di € 500,00 (cinquecento/00) pro-die), la terapia intensiva, gli onorari dei medici e delle equipe chirurgiche, i diritti di sala operatoria per il materiale d'intervento (ivi compresi le endoprotesi applicate durante l'intervento stesso);
- b) per le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, nei 150 (centocinquanta/00) giorni che precedono il ricovero, o l'intervento ambulatoriale, e ne abbiano evidenziato la necessità;
- c) per le prestazioni mediche e gli esami diagnostici, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da personale sanitario autorizzato e per le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio) sostenute nei 150 (centocinquanta/00) giorni successivi a quello di cessazione del ricovero o dell'intervento chirurgico ambulatoriale.

Le prestazioni sopra descritte possono essere sostituite, a scelta dell'Assicurato, dalla corresponsione di un'indennità giornaliera di € 150,00 (centocinquanta/00), ridotti ad € 150,00) anche in caso di day hospital per un massimo di 150 (centocinquanta) giorni per anno assicurativo. Il giorno del ricovero e quello di dimissione sono considerati, agli effetti della liquidazione, come giorno unico.

Inoltre, l'Assicuratore rimborsa;

- a) in caso di ricovero in Italia, le spese di trasporto con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato sia dal luogo dove si trova l'Assicurato all'istituto di cura e viceversa, sia da un istituto di cura all'altro, entro il limite di € 5.000,00 (cinquemila/00) per anno assicurativo; in caso di ricovero con intervento chirurgico all'estero, invece, verranno rimborsate le spese di trasporto, sempre entro il limite di cui sopra, limitatamente al viaggio di andata e ritorno connesso al ricovero;
- b) in caso di parto non cesareo, le spese sostenute durante il ricovero entro il limite di € 3.600,00 (tremilaseicento/00) per anno/nucleo;
- c) in caso di parto cesareo, le spese sostenute durante il ricovero entro il limite di € 8.000,00 per (ottomila/00) anno/nucleo;
- d) le spese sostenute per il pernottamento di un accompagnatore, fino ad un massimo di € 120,00 (centoventi/00) giornalieri e per non più di 50 (cinquanta) giorni per anno assicurativo;
- e) in caso di trapianti di organi, le spese sostenute per il loro prelievo e il loro trasporto, entro il limite del massimale;
- f) in caso di decesso all'estero, conseguente a uno degli eventi assicurati, le spese sostenute per il rimpatrio della salma, entro il limite di € 7.000,00 (settemila/00) per anno assicurativo.

Oltre a quanto sopra l'Assicuratore rimborserà in caso di malattia oncologica, entro il limite del massimale di € 15.000,00 (quindicimila/00) per evento:

- a) le spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che accertino la malattia oncologica, anche se non seguiti da ricovero;
- b) in presenza di ricovero, le spese per visite specialistiche e terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla malattia oncologica nei due anni successivi alla data di cessazione del primo ricovero relativo alla malattia stessa;
- c) in presenza di ricovero, le spese per l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio nei 60 (sessanta) giorni successivi alla data di dimissione.

Tutte le prestazioni eseguite in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, in regime di intramoenia, in un centro convenzionato o in un centro non convenzionato, verranno prestate/rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

#### **B) Rimborso spese per accertamenti di "alta diagnostica"**

L'Assicuratore rimborsa, fino alla concorrenza del massimale di € 6.000,00 (seimila/00) per anno assicurativo e per nucleo familiare, le spese per gli esami di alta diagnostica sottoelencati, purché pertinenti a una malattia o a un infortunio:

- TEST NON INVASIVI PRENATALI (NIPT)

- AMNIOCENTESI
- PET
- TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC)
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN)
- ECOTOMOGRAFIA
- SCINTIGRAFIA
- ANGIOGRAFIA
- ANGIOGRAFIA DIGITALE
- FLEBOGRAFIA
- ESAME HOLTER
- ECODOPPLER
- ECOCARDIOGRAFIA A RIPOSO ED A SFORZO
- ECOGRAFIA INTRA VASCOLARE
- ECOGRAFIA TRANS-ESOFAGEA
- ECOCONTRASTOGRAFIA
- ELETTROENCEFALOGRAMMA
- ELETTROMIOGRAFIA
- CORONAROGRAFIA
- FLUOROANGIOGRAFIA OCULARE
- ISTEROSALPINOGRAFIA
- BRONCOSCOPIA
- BRONCOGRAFIA
- ARTROGRAFIA
- MIELOGRAFIA
- SCIALOGRAFIA CON CONTRASTO
- DIAGNOSTICA ENDOSCOPICA DELL'APPARATO DIGERENTE ED UROLOGICO
- DENSINTOMETRIA OSSEA
- RADIONENFOGRAMMA
- ESAMI ISTOPATOLOGICI RIFERITI AI SUDDETTI ACCERTAMENTI.

Nel caso in cui le prestazioni siano preventivamente autorizzate e effettuate in un centro convenzionato, verranno prestate senza scoperto a carico dell'Assicurato; se effettuate in un centro non convenzionato o presso un centro convenzionato, ma non preventivamente autorizzate, verranno rimborsate con uno scoperto del 20% (venti per cento) a carico dell'Assicurato con il minimo di € 50,00 (cinquanta/00). Nel caso le prestazioni sopra descritte vengano eseguite in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, l'eventuale *ticket* verrà rimborsato al 100% (cento per cento) senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso le prestazioni sopra descritte vengano eseguite in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, in regime di intramoenia, se trattasi di esami diagnostici, il costo degli stessi verrà integralmente rimborsato, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

### C) Rimborsamento spese per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici

L'Assicuratore rimborsa, fino alla concorrenza del massimale di € 4.000,00 (quattromila/00) per anno assicurativo e nucleo familiare, le spese per visite mediche specialistiche (ambulatoriali o domiciliari, con esclusione comunque di quelle odontoiatriche e ortodontiche) ed esami diagnostici (strumentali e di laboratorio), non rientranti nell'elenco di cui al precedente punto B), purché pertinenti a una malattia o a un infortunio. Nel caso in cui le prestazioni siano autorizzate e effettuate in un centro convenzionato, verranno prestate senza scoperto a carico dell'Assicurato; se effettuate in un centro non convenzionato o presso un centro convenzionato, ma non preventivamente autorizzate, verranno rimborsate per il 56% (cinquantasei per cento) senza scoperto a carico dell'Assicurato.

Nel caso le prestazioni sopra descritte vengano eseguite in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, l'eventuale *ticket* verrà rimborsato al 100% (cento per cento) senza applicazione di alcun scoperto o franchigia. Nel caso le prestazioni sopra descritte vengano eseguite in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, in regime di intramoenia, se trattasi di esami diagnostici il costo degli stessi verrà integralmente rimborsato, senza applicazione di alcun scoperto o franchigia, se trattasi di visite specialistiche il costo delle stesse verrà rimborsato nella misura del 80% (ottanta per cento).

### D) Rimborsamento spese per trattamenti fisioterapici, resi necessari a seguito di infortunio

L'Assicuratore rimborsa trattamenti fisioterapici e rieducativi e noleggio di apparecchiature per trattamenti fisioterapici con il limite di € 500,00 (cinquecento/00) per anno solare e nucleo familiare, con applicazione di una franchigia di € 50,00 (cinquanta/00) per ciclo di cura, eccetto il caso in cui sia utilizzato un centro convenzionato.

### E) Prestazioni opzionali

#### E.1) Rimborsamento spese per acquisto lenti ed occhiali

L'Assicuratore rimborsa l'acquisto di lenti da vista, in seguito a modifica di visus, comprese le lenti a contatto, fino a concorrenza di € 275,00 (duecentosettantacinque/00) per anno solare e per nucleo familiare.

#### E.2) Rimborsamento spese mediche a seguito di Long term Care (LTC)

L'Assicuratore procede al rimborso, per un massimo di 24 mesi, delle spese mediche sostenute dall'assistito a seguito di non autosufficienza accaduta e accertata in vigenza di contratto con un massimale annuo di € 600,00.

##### Definizione dello stato di non autosufficienza:

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di potere effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- Soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale),
- Nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e resto disponibile), spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio)

- c. Vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali)
- d. Necessità in modo costante:
  - i. o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
  - ii. o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

### E.3) Check-up

Si tratta di una serie di prestazioni sanitarie di natura preventiva per l'intero nucleo familiare, erogabili senza l'indicazione della patologia e senza prescrizione medica.

L'Assicuratore metterà a disposizione attraverso la propria rete Network convenzionata i seguenti accertamenti diagnostici erogati anche a scopo preventivo e quindi in assenza di alterazioni morbose, per ciascuna persona assicurata, nel limite annuo di € 250,00 (duecentocinquanta/00) a persona una volta l'anno:

#### 1. DONNA (gino-test):

- a. Esame mammografico;
- b. Esame citologico secondo Papanicolaou (pap-test);
- c. Esame elettrocardiografico;

#### 2. UOMO (andro - test):

- a. Elettrocardiogrammi a riposo e da sforzo;
- b. Esame radiologico del torace;
- c. Esami del sangue: emocromo, glicemia, VES, LDL, azotemia, creatininemia, HDL, quadrolipidico.

### E.4) Opzione Pocket

L'Assicurato avrà la possibilità di effettuare le seguenti prestazioni di cui abbia necessità presso i Centri Convenzionati per:

- ✓ prestazioni odontoiatriche;
- ✓ prestazioni mediche;
- ✓ prestazioni fisioterapiche;
- ✓ prestazioni sanitarie di medicina alternativa;
- ✓ esami ematochimici o di laboratorio;

Ciascuna tipologia di prestazione può riguardare ciascuna persona assicurata e può essere erogata anche a scopo preventivo e quindi in assenza di alterazioni morbose, nel limite annuo di € 250,00 (duecentocinquanta/00) per persona esclusivamente in strutture convenzionate una volta l'anno.

(valutare se utile aggiungere una descrizione esemplificativa, anche se non esaustiva, delle prestazioni di cui l'assicurato può usufruire)

## E.5) Servizi di consulenza e assistenza

Si offrono i seguenti servizi di Assistenza favore degli assistiti

Consulto medico specialistico	consulto specialistico direttamente a casa. All'interno della stessa voce consideriamo la "Teleconsultazione" accessibile 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, tramite chiamata telefonica o video chiamata attraverso una linea dedicata.
Informazioni sanitarie telefoniche	servizio di informazione sanitaria in merito a: • Strutture sanitarie; • Indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.); • Centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero; • Farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

## D.2 - SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

L'assicurazione è prestata in favore dei soggetti sotto riportati, indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assicurati:

- a) i Giudici costituzionali, in carica ed emeriti;
- b) il personale in attività presso la Corte costituzionale ed i pensionati della Corte costituzionale.

L'assicurazione comprende l'intero nucleo familiare, inteso come l'insieme di almeno uno dei soggetti di cui alle precedenti lettere a) e b) ed iscritti al Fondo Erogazioni Assistenziali - F.E.A. e:

- del coniuge, anche se non legalmente a carico. Al coniuge è parificato per questi effetti il convivente more uxorio;
- dei figli fiscalmente a carico.

L'elenco dei nuclei familiari da includere nella copertura assicurativa, suddivisi per categorie, con il dettaglio per ciascun nucleo familiare:

- del codice identificativo attribuito dalla Corte costituzionale a ciascun nucleo familiare,
- dei dati anagrafici del soggetto avente diritto alla copertura ed iscritto al Fondo Erogazioni Assistenziali F.E.A. e di tutti gli altri soggetti appartenenti al nucleo familiare,

verrà fornito dalla Corte costituzionale, su supporto informatico, entro il 31 dicembre di ogni anno, fermo restando quanto previsto al punto C.9 - *Inclusione dei nuclei assicurati, Pagamento e Regolazione del premio* in merito alla comunicazione entro il 28 febbraio di ogni anno dei nuclei familiari effettivamente assicurati; ai fini della copertura assicurativa, l'elenco esaustivo rimarrà quello comunicato entro il 28 febbraio di

ogni anno. Resta inteso tra le parti che per quei nuclei comunicati nell'elenco di febbraio e non compresi in quello del mese di dicembre la copertura avrà comunque efficacia a partire dalle ore 24.00 del 31 dicembre di ogni anno.

Gli aggiornamenti, concernenti ogni variazione dei nuclei familiari assicurati che dovesse verificarsi nel corso di ciascun periodo assicurativo, saranno, ai fini della decorrenza della copertura assicurativa, tempestivamente comunicati dall'Amministrazione Contraente e l'efficacia delle coperture decorrerà dalle ore 24.00 del giorno in cui la predetta comunicazione verrà inviata all'Aggiudicatario (tramite e-mail o PEC).

L'assicuratore stipulerà, previa comunicazione dell'Amministrazione, distinte polizze individuali che garantiscano almeno le coperture assicurative indicate nella successiva *Sezione D - Condizioni dei servizi assicurativi di assistenza sanitaria integrativa, D.1 - Oggetto dell'assicurazione, Lett. A) e Lett. B)*. I premi di tali polizze sono indicati nella *Sezione E - Condizioni particolari di assicurazione, E.2 Estensione ai "Parenti ed affini entro il II grado" dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa, come previsti nel punto D.2 Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa, lett. a) e b)*, nonché il Personale assicurato che cessa dal servizio presso l'Amministrazione. Tali polizze non comportano oneri per l'Amministrazione.

### D.3 - TERMINI DI ASPETTATIVA E DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI

Come previsto al paragrafo C.5 - *Durata e decorrenza del Contratto di Assicurazione*, l'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del 31.12.2022 alle ore 23.59 del 31.12.2025.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 31.12.2022.

Per il neonato e per il coniuge il diritto decorre dalla nascita o dal matrimonio.

Qualora, in caso di:

- disdetta della polizza o risoluzione del Contratto di Assicurazione;
- scadenza della polizza;
- il ricovero e/o un evento, che comporti la validità della garanzia assicurativa, non si siano ancora esauriti nella loro temporalità alla data di cessazione della garanzia assicurativa, l'Assicuratore liquiderà comunque quanto dovuto, secondo le garanzie previste, al termine del ricovero e/o dell'evento.

### D.4 - CENTRI CONVENZIONATI - NETWORK

L'Assicuratore deve fornire un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati nella quale gli Assicurati possono ricoverarsi. Il servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati, è valido per tutte le garanzie in polizza.

L'Assicuratore si impegna a prendere in carico e pre-autorizzare le prestazioni entro 2 giorni lavorativi per i ricoveri ed entro 1 giorno lavorativo per le prestazioni alta diagnostica e visite specialistiche e accertamenti. Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato nel caso di utilizzo di strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, vengono liquidate direttamente dall'Assicuratore alle strutture stesse, ad eccezione delle franchigie di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa e fermo restando quanto disciplinato al punto 4. del paragrafo D.8.2 - *Modalità di pagamento e rimborso delle spese ospedaliere conseguenti a ricovero con o senza intervento chirurgico.*

L'Assicuratore si impegna a mettere a disposizione l'intera rete dei centri convenzionati senza alcuna eccezione di strutture.

#### D.5 - ESTENSIONI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

I rimborsi di spese sostenute all'estero verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni del competente organo.

#### D.6 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad "esaurimento nervoso";
- b) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- c) ricoveri e le cure in genere dovuti a sindrome da immuno-deficienza acquisita (A.I.D.S.);
- d) le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni non funzionali, preesistenti, alla stipulazione del Contratto;
- e) le prestazioni di carattere dietologico ed estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- f) le terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza e della sterilità, nonché quelle rientranti nell'ambito della fecondità assistita;
- g) l'agopuntura non effettuata da medico;
- h) interruzione volontaria della gravidanza;
- i) le cure dentarie conservative e/o chirurgiche (ivi comprese quelle protesiche), salvo quanto previsto al punto D.1 - *Oggetto dell'assicurazione, Lett. E) Prestazioni opzionali*, e salvo conseguenti a infortunio;
- j) gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- k) l'acquisto, la manutenzione, la riparazione e la sostituzione di apparecchi protesici salvo quanto previsto dal paragrafo D.1 - *Oggetto dell'assicurazione*;
- l) le conseguenze di esposizioni a forme di radioattività artificiale, salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- m) gli infortuni imputabili a stato di ubriachezza qualora alla guida di veicoli, a influenza di sostanze stupefacenti o simili, od in conseguenza di illeciti commessi dolosamente dall'Assicurato;
- n) gli infortuni derivanti da guerre ed invasioni, le garanzie comprendono tuttavia gli infortuni derivanti da stato di guerra, anche non dichiarata, per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero;
- o) gli infortuni derivanti e/o conseguenti, direttamente o indirettamente, da contaminazione di qualsiasi natura, nonché da contagio/infezione nei casi di pandemia o epidemia riconosciuta come tale, dalle autorità sanitarie regionali, nazionali o internazionali.

## **D.7 - OBBLIGHI RELATIVI ALLA DENUNCIA DEI SINISTRI**

In caso di ricovero in Istituto di cura convenzionato, il Contraente e/o l'Assicurato dovranno prendere contatto direttamente con l'Istituto di Cura o con la centrale operativa comunicata dall'Assicuratore.

In caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato o in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o di utilizzo di equipe mediche non convenzionate, dovrà essere presentata denuncia scritta all'Assicuratore entro trenta (trenta) giorni dalla data di dimissione dall'Istituto di Cura.

In tutti gli altri casi, il Contraente e/o l'Assicurato, anche tramite soggetto delegato secondo le modalità dell'Assicuratore, devono presentare, entro 90 (novanta) giorni dal verificarsi del sinistro, denuncia scritta all'Assicuratore oppure caricamento su supporto informatico, messo a disposizione degli Assicurati dall'Assicuratore.

L'Assicurato dovrà sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dall'Assicuratore, fornire allo stesso ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa.

## **D.8 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE, MODALITÀ DI PAGAMENTO E DI RIMBORSO**

### ***D.8.1 Modalità di pagamento e rimborso delle spese per accertamenti di "alta diagnostica" e per le visite specialistiche ed accertamenti diagnostici***

Per quanto concerne le prestazioni di alta diagnostica, visite specialistiche ed accertamenti diagnostici l'Assicuratore, su presentazione da parte dell'Assicurato delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate, effettua il pagamento entro 6 (sei) giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione completa; si precisa che il predetto termine decorrerà solo dal momento della presentazione della documentazione completa e quindi l'eventuale ritardo nel rimborso dovuto dalla presentazione di documentazione incompleta da parte dell'assicurato non comporterà l'applicazione delle penali di cui al paragrafo C.6 - Penali.

Il predetto rimborso dovrà avvenire su indicazione dell'Assicurato:

- a) o tramite bonifico su conto corrente indicato dal titolare del nucleo familiare e comunicato dall'Assicurato al momento della liquidazione o dall'Amministrazione all'atto della trasmissione dei dati anagrafici del nucleo stesso ai fini dell'inclusione in copertura;
- b) o tramite assegno circolare intestato al titolare del nucleo familiare.

L'Assicuratore invia una quietanza all'Assicurato dell'avvenuto rimborso del sinistro.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi, notule distinte o ricevute per ottenere il rimborso, l'Assicuratore effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente atto, al netto di quanto a carico dei predetti terzi, salvo quanto previsto dal paragrafo D. 9 - *Rinuncia della società al diritto di surrogazione*.

Nel corso di uno stesso periodo assicurativo annuo, l'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme delle prestazioni garantite non potrà superare il massimale annuo.

### ***D.8.2 Modalità di pagamento e rimborso delle spese ospedaliere conseguenti a ricovero con o senza intervento chirurgico***

L'Assicuratore provvede al pagamento di quanto dovuto, in funzione delle varie tipologie delle prestazioni, come sotto descritto:

## 1. Ricoveri in Istituti di Cura convenzionati

- a) **Ricoveri in Istituti di cura convenzionati con equipe medica convenzionata:** in caso di ricovero presso un Istituto di Cura convenzionato, con o senza intervento chirurgico, e sempreché l'intervento chirurgico sia eseguito da equipe operatoria altrettanto convenzionata, l'Assicuratore provvederà ad effettuare il pagamento diretto all'Istituto di Cura di tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero a termini della presente polizza.
- b) **Ricoveri in Istituti di cura convenzionati con equipe medica non convenzionata:** in caso di ricovero presso un Istituto di Cura convenzionato, con intervento chirurgico che comporti l'assistenza di un'equipe operatoria non convenzionata, l'Assicuratore provvederà ad effettuare il pagamento diretto all'Istituto di Cura di tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero e rimborserà all'Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni dell'equipe operatoria non convenzionata secondo quanto previsto al successivo punto 4).

## 2. Ricoveri in Istituti di Cura non convenzionati

In caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato, l'Assicurato dovrà provvedere personalmente al pagamento delle spese sostenute durante il ricovero; l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, e le spese effettivamente sostenute durante il ricovero, nei limiti di quanto dovuto a termini di polizza, secondo quanto previsto al successivo punto 4).

## 3. Ricoveri in strutture del Servizio Sanitario Nazionale

In caso di ricovero a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, l'Assicuratore rimborserà integralmente le spese effettivamente sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato a termini della presente polizza, secondo quanto previsto al successivo punto 4).

## 4. Spese precedenti e successive al ricovero

Per le spese di cui ai punti 1 lett. b), 2) e 3) successive al ricovero, con o senza intervento chirurgico, o all'intervento chirurgico ambulatoriale, previste dalla presente polizza, l'Assicurato dovrà provvedere personalmente al loro pagamento; l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese sostenute.

Qualora l'Assicuratore non effettui direttamente il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, a termini della presente polizza, ma su presentazione delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate, il pagamento viene effettuato a cura ultimata entro 10 (dieci) ~~20 (venti)~~ giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione completa; si precisa che il predetto termine decorrerà solo dal momento della presentazione della documentazione completa e quindi l'eventuale ritardo nel rimborso dovuto dalla presentazione di documentazione incompleta da parte dell'Assicurato non comporterà l'applicazione delle penali di cui al paragrafo C6 - *Penali*.

Il predetto rimborso dovrà avvenire su indicazione dell'Assicurato:

- a) o tramite bonifico su conto corrente indicato dal titolare del nucleo familiare e comunicato dall'Assicurato al momento della liquidazione o dall'Amministrazione all'atto della trasmissione dei dati anagrafici del nucleo stesso ai fini dell'inclusione in copertura;
- b) o tramite assegno circolare intestato al titolare del nucleo familiare.

L'Assicuratore invia una quietanza all'Assicurato dell'avvenuto rimborso del sinistro.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi delle notule, distinte o ricevute per ottenere il rimborso, l'Assicuratore effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente atto al netto di quanto a carico dei predetti terzi, salvo quanto previsto dal paragrafo D.9 - *Rinuncia della società al diritto di surrogazione*. Nel corso di uno stesso periodo assicurativo annuo, l'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme delle prestazioni garantite non potrà superare il massimale annuo.

#### **D.9 - RINUNCIA DELLA SOCIETÀ AL DIRITTO DI SURROGAZIONE**

L'Assicuratore dichiara di rinunciare, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che possa competere ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili, di conseguenza l'Assicuratore provvederà al rimborso integrale di quanto contrattualmente previsto.



## SEZIONE E - CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

### E.1 - ESTENSIONE DELLE GARANZIE AI FIGLI NON FISCALMENTE A CARICO PURCHÉ CONVIVENTI

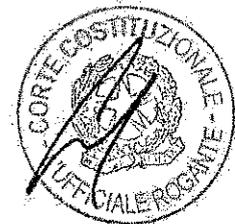
È data facoltà agli assicurati di includere in garanzia i figli non fiscalmente a carico purché conviventi. Il premio annuo, comprensivo di imposta per ogni figlio di cui sopra si intende stabilito pari ad un premio lordo annuo di € 800,00 (ottocento/00).

La garanzia si intenderà operante a far data dalla comunicazione dell'Amministrazione di tutti i dati anagrafici del soggetto da includere in copertura e comunque contestualmente al nucleo familiare di appartenenza.

### E.2 - ESTENSIONE AI "PARENTI ED AFFINI ENTRO IL II GRADO" DEI SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA E DEL PERSONALE CHE CESSA DAL SERVIZIO

E' prevista l'estensione ai "parenti ed affini entro il II grado" dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa, come previsti nel punto D.2 *Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa*, lett. a) e b), nonché al Personale assicurato che cessa dal servizio presso l'Amministrazione, previa esplicita comunicazione da parte della stessa, delle coperture assicurative indicate nella Sezione D – Condizioni dei servizi assicurativi di assistenza sanitaria integrativa, D.1 – Oggetto dell'assicurazione, Lett. A) e B), con i premi lordi annui indicati nella seguente tabella:

Numero assicurati	Età assicurati	Premio
1	minore 55 anni	Euro 1.990,00
	maggiore 55 anni	Euro 2.590,00
2	tutti sotto 55 anni	Euro 3.156,00
	uno sopra 55 anni	Euro 3.754,00
	due sopra 55 anni	Euro 4.351,00
3	tutti minori 55 anni	Euro 3.795,00
	uno sopra 55 anni	Euro 4.393,00
	due sopra 55 anni	Euro 4.990,00
	tutti sopra 55 anni	Euro 5.588,00
4	tutti minori 55 anni	Euro 4.417,00
	uno sopra 55 anni	Euro 5.015,00
	due sopra 55 anni	Euro 5.613,00
	tre sopra 55 anni	Euro 6.211,00
	tutti sopra 55 anni	Euro 6.808,00
5	tutti minori 55 anni	Euro 5.214,00
	uno sopra 55 anni	Euro 5.812,00
	due sopra 55 anni	Euro 6.410,00
	tre sopra 55 anni	Euro 7.007,00
	quattro sopra 55 anni	Euro 7.605,00
	tutti sopra 55 anni	Euro 8.203,00



## SEZIONE F - SERVIZI INCLUSI NELLA FORNITURA

I servizi descritti nella presente sezione sono collegati ed accessori alla fornitura delle coperture assicurative e quindi sono prestati dall'Assicuratore unitamente all'Assicurazione medesima. Il corrispettivo di tali servizi è compreso nel premio delle coperture assicurative.

### F.1 - REPORTISTICA DEI SINISTRI

Al termine di ogni semestre, e comunque entro i 15 giorni solari successivi al termine del semestre, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Amministrazione contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della polizza. Tale elenco dovrà essere fornito in formato excel o access tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura) e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- ✓ codice identificativo attribuito dalla Corte costituzionale a ciascun nucleo familiare;
- ✓ numero di sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- ✓ data di accadimento dell'evento;
- ✓ data della denuncia;
- ✓ tipologia evento specificando se si tratta di Infortunio o Malattia; ✓ tipologia di garanzia distinta in:
  - Rimborso spese di ricovero-spese pre/post ricovero-indennità sostitutiva;
  - Rimborso per spese ed accertamenti di alta diagnostica;
  - Rimborso spese per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;
- ✓ tipologia di rimborso, se rimborso diretto o indiretto;
- ✓ indicazione di età e sesso dell'assicurato;
- ✓ 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 a riserva pari a € \_\_\_\_\_;
  - d. sinistro n. \_\_\_\_\_ pagato su riserva anno \_\_\_\_\_;
    - con liquidazione pari a € \_\_\_\_\_
    - importo della precedente riserva € \_\_\_\_\_
    - importo della differenza liquidazione/riserva: +/- € \_\_\_\_\_

Inoltre, l'Assicuratore si impegna a fornire semestralmente l'elenco completo dei sinistri respinti, corredato da relativa motivazione e data di chiusura; annualmente invece sarà tenuto a fornire il rapporto sinistri a premi riferito all'esercizio trascorso, sia in via aggregata che disaggregata.

Resta inteso che tutti i dati relativi ai sinistri, richiesti nel presente paragrafo, dovranno essere trasmessi ufficialmente dall'Assicuratore sia su supporto ottico/magnetico sia in formato cartaceo.

## F.2 - PRESIDIO TECNICO PRESSO L'AMMINISTRAZIONE E NUMERI DEDICATI AL SERVIZIO

L'Assicuratore deve garantire, per tutta la durata del Contratto di assicurazione, la presenza presso gli uffici comunicati dalla Corte costituzionale, per un numero complessivo di almeno 4 (quattro) ore/settimana, in orario antimeridiano, di un proprio referente tecnico, con il compito di fornire supporto e assistenza agli assicurati su tutte le informazioni inerenti:

- ✓ le condizioni di assicurazione;
- ✓ lo stato dei sinistri;
- ✓ i tempi di rimborso; e ogni altra informazione necessaria ad agevolare la corretta e tempestiva erogazione del servizio.

Il precedente elenco si intende a titolo esemplificativo e non esaustivo.

Il referente tecnico dovrà, inoltre, fornire supporto agli assicurati nell'istruzione delle pratiche di rimborso e provvedere all'apertura delle stesse presso la sede dell'Amministrazione.

L'Assicuratore si obbliga a produrre entro 15 giorni solari dalla data di stipula del Contratto un documento illustrativo sintetico delle modalità di utilizzo delle coperture assicurative conformi alle condizioni previste al presente Capitolato Tecnico. Tale documento dovrà essere approvato dall'Amministrazione e dovrà contenere, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- sintesi delle condizioni di assicurazione, specificando massimali e limiti di rimborso; ➤ indicazione dei tempi di rimborso;
- modalità di istruzione delle pratiche di rimborso (allegando, eventualmente modulo predisposto per la richiesta di rimborso);
- indicazione del numero telefonico e dell'indirizzo e-mail gratuiti dedicati al servizio;
- e-mail del referente tecnico; e ogni altra indicazione volta ad informare gli assicurati sulle condizioni e le modalità di erogazione del servizio.

L'Assicuratore deve mettere, inoltre, a disposizione dell'Amministrazione e degli Assicurati, per tutta la durata del Contratto di assicurazione, un apposito numero telefonico ed un indirizzo e-mail gratuiti dedicati al servizio, che funzionino da centro di ricezione e gestione delle chiamate relative alle richieste di informazioni. L'orario di ricezione delle chiamate sarà per tutti i giorni dell'anno (esclusi sabato, domenica e festivi) dalle ore 9:00 alle ore 17:30.

All'atto della stipula del Contratto, l'Assicuratore dovrà rendere noti i recapiti sopra indicati.

## F.3 - RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Dalla data di attivazione del Contratto, l'Assicuratore dovrà mettere a disposizione dell'Amministrazione un Responsabile del Servizio, precedentemente identificato e nominato, del quale avrà reso noti i recapiti telefonici, l'indirizzo di posta elettronica, nonché gli orari di servizio.

Il suo compito sarà quello di supervisionare ed eventualmente coordinare le attività dell'Assicuratore a partire dal momento di sottoscrizione del Contratto fino alla gestione degli eventuali reclami da parte dell'Amministrazione. Egli avrà inoltre anche il compito di monitorare l'andamento del livello di servizio nell'arco del periodo di validità del Contratto e dovrà essere in grado di porre in atto tutte le azioni necessarie per garantire il rispetto delle prestazioni richieste.

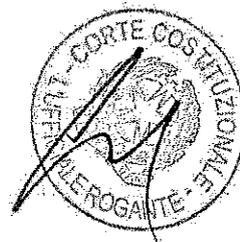
## SEZIONE G – CLAUSOLA BROKER

L'Amministrazione dichiara di aver usufruito, per la procedura di selezione del contraente relativa alla presente procedura di gara, dei servizi di consulenza della Società **European Brokers Assicurazioni Srl** con sede a Roma in via Ludovisi, 16, ai sensi del d.lgs. 209/2005 e s.m.i., il cui contratto scadrà al termine della presente procedura e la cui provvigione sarà a carico dell'Assicuratore nella misura dello **0.6%** dell'offerta economica aggiudicataria.

L'Amministrazione valuterà in fase di negoziazione la possibilità di utilizzare in sede di esecuzione un broker assicurativo.

**Il Contraente**

**La Società**



## ELENCO 1 – GRAVI MALATTIE

INFARTO DEL MIOCARDIO Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.
CORONAROPATIA Malattia che determini intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie q coronarie, con innesto di bypass o richieda tecniche non chirurgiche, quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.
ICTUS CEREBRALE Accidenti cerebro-vascolari aventi (colpo apoplettico) ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implicino morte di tessuto cerebrale con esiti disfunzionanti accertati.
MALATTIA ONCOLOGICA Ogni stato di malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna (quest'ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico.

## ELENCO 2 – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

COLLO ✓ Gozzo retrosternale con mediastinotomia
ESOFAGO ✓ Interventi con esofagoplastica ✓ Gastroectomia totale ✓ Gastroectomia allargata ✓ Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria ✓ Intervento per fistola gastro-digiunocolica ✓ Mega-esofago e esofagite da reflusso ✓ Cardioplastica
INTESTINO ✓ Colectomia totale
RETTO - ANO ✓ Interventi per neoplastie per retto-ano per via addominoperineale ✓ Atresia dell'ano con fistola retto uretrale o retto vulvare ✓ Operazione per megacolon ✓ Proctocolectomia totale
FEGATO ✓ Derivazioni biliodigestive ✓ Interventi sulla papilla di Water ✓ Reinterventi sulle vie biliari ✓ Interventi chirurgici per ipertensione portale

## PANCREAS - MILZA

- ✓ Interventi per pancreatite acuta
- ✓ Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- ✓ Interventi per pancreatite cronica
- ✓ Interventi per neoplasie pancreatiche

## INTERVENTI SUL POLMONE

- ✓ Tumori della trachea

## CARDIOCHIRURGIA

Interventi a cuore aperto per:

- ✓ Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi;
  - ✓ Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale;
  - ✓ Correzione impianto anomalo coronarie;
  - ✓ Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica;
  - ✓ Correzione canale atrioventricolare completo; ✓ Finestra aorto-polmonare; ✓ Correzione di:
    - ventricolo unico
    - ventricolo destro a doppia uscita
    - truncus arteriosus
    - coartazione aortiche di tipo fetale
    - coartazione aortiche multiple o molto estese
    - stenosi aortiche infundibulari
    - stenosi aortiche sopravalvolari
    - trilogia di Fallot
    - tetralogia di Fallot
    - atresia della tricuspide
    - pervietà interventricolare ipertesa
    - pervietà interventricolare con "debanding"
    - pervietà interventricolare con insufficienza aortica
  - ✓ - Sostituzioni valvolari multiple;
  - ✓ - By-pass aortocoronarici multipli;
  - ✓ - Sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico;
  - ✓ - Aneurismi aorta toracica;
  - ✓ - Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio;
  - ✓ - Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto;
  - ✓ - Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti; ✓ -
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici.
- ✓ Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

## CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- ✓ Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- ✓ Asportazione tumori dell'orbita
- ✓ Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.)
- ✓ Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose) ✓ Emisferectomia
- ✓ Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sui divis per via anteriore
- ✓ Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- ✓ Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- ✓ Asportazione di processi espansivi del rachide extra-introdurali extramidollari
- ✓ Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi etc.) Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica Somatotomia vertebrale
- ✓ interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica

## CHIRURGIA VASCOLARE

- ✓ Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale
- ✓ Trattamento chirurgico dell'ipertensione portale

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- ✓ Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti ✓  
Resezioni del sacro
- ✓ Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari
- ✓ Disarticolazione interscapolo toracica
- ✓ Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- ✓ Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"
- ✓ Emipelvectomia
- ✓ Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- ✓ Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- ✓ Vertebrotonia
- ✓ Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi ✓ Uncoforaminotomia
- ✓ Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- ✓ Artrodesi per via anteriore
- ✓ Interventi per via posteriore con impianti
- ✓ Interventi per via anteriore senza impianti
- ✓ interventi per via anteriore con impianti



## UROLOGIA

- ✓ ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto)
- ✓ Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- ✓ Ileo bladder
- ✓ Cistoprostatovesicoclectomia con neovescica rettale Cistoprostatovesicoclectomia con ileo bladder
- ✓ Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali Cistoprostatovesicoclectomia con ureteroileourethroanastomosi
- ✓ Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- ✓ Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale

## GINECOLOGIA

- ✓ Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- ✓ Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- ✓ Intervento radicale per carcinoma ovarico

## TRAPIANTI DI ORGANI ✓

Tutti



