



LOTTO 1 CONSOB CIG 6398826E3F

ASSISTENZA PLUS

CAPITOLATO

**PER L'EROGAZIONE AL PERSONALE IN SERVIZIO E
IN QUIESCENZA
DELLA CONSOB DI CONTRIBUTI ECONOMICI
A FRONTE DI SPESE SANITARIE PER MALATTIA,
INFORTUNIO E PARTO**

ART. 1 - ASPETTI GENERALI

La Cassa (di seguito: Cassa), aggiudicataria del Lotto 1 di gara per la stipula di un contratto avente ad oggetto l'erogazione di contributi economici a fronte di spese sanitarie del personale in servizio e in quiescenza della Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (di seguito: CONSOB) e dei rispettivi nuclei familiari, si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente capitolato, a erogare rimborsi di spesa e contributi economici agli assistiti a fronte di spese sanitarie per malattia, infortunio e parto secondo le seguenti norme.

La durata del contratto è pari a tre anni, dalle ore 00.00 dell'1.2.2016 alle ore 24.00 del 31.1.2019. Le "annualità assistenziali" decorrono dal 1° febbraio al 31 gennaio successivo.

E' sempre facoltà dell'assistito ottenere le prestazioni mediche secondo le modalità dell'assistenza diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista (c.d. convenzione diretta).

ART. 2 - ASSISTITI E OPERATIVITA' DEL CAPITOLATO

Possono aderire all'Assistenza Plus i Titolari dell'Assistenza "Base". Su richiesta del Titolare, l'Assistenza Opzione Plus" si estende, senza il pagamento di ulteriori quote, al coniuge e ai figli fiscalmente a carico inseriti nell'Assistenza Base, siano o no anagraficamente conviventi con il Titolare.

L'assistenza può inoltre includere i "familiari facoltativamente assistibili" già inseriti nella Base, su richiesta del Titolare e dietro pagamento di quote capitarie. L'inclusione nell'Assistenza Plus deve riguardare TUTTI i familiari facoltativamente assistibili iscritti alla Base.

TRANNE CONIUGE E FIGLI, NESSUN PARENTE O AFFINE NON CONVIVENTE CON IL TITOLARE PUO' ESSERE INSERITO IN ASSISTENZA.

L'assistenza è operante:

- senza limitazioni territoriali, in quanto vale per il mondo intero;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti, salve le possibili limitazioni connesse con l'esito della compilazione del questionario anamnestico, ove previsto;
- a integrazione dell'Assistenza Base;
- durante il permanere del rapporto con la CONSOB (quale dipendente o pensionato). In caso di cessazione del rapporto senza titolo alla prosecuzione dell'assistenza o di mancata opzione per la prosecuzione, l'assistenza opera fino alla fine dell'annualità assistenziale in cui è avvenuta la cessazione. In caso di decesso del Titolare, il nucleo già assistito ha facoltà, con oneri a proprio carico, di proseguire nell'assistenza fino alla scadenza del presente contratto; a tal fine, un familiare deve subentrare nella posizione di Titolare dell'assistenza e pagare il contributo – ove ancora dovuto – previsto per quest'ultimo.

Per tutti gli assistiti non aderenti al 31.1.2016 alla previgente copertura assistenziale Plus stipulata dalla Consob, l'operatività nell'assistenza è subordinata a un periodo di sospensione dall'1.2.2016 (c.d. "carezza"), fatta eccezione per i:

- neo-assunti con decorrenza successiva al 31.12.2015 (e relativi nuclei);
- dipendenti rientrati da aspettativa (per impieghi in Italia o all'estero, cariche politiche, amministrative o sindacali, motivi di studio) con decorrenza successiva al 31.12.2015 (e relativi nuclei);
- casi di nascita, adozione, affidamento di un figlio, matrimonio, maturazione del terzo anno di convivenza *more uxorio*, insorgere di convivenza con parenti o affini entro il terzo grado, venir meno di "analoga assistenza", acquisizione di carico fiscale per coniuge/figlio.

La carezza decorre dall'1.2.2016 ed è pari a:

- 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio. Qualora dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo il 1° febbraio 2016; per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio l'assistenza decorre dal 28.2.2016;

- 180 giorni per le malattie che siano la conseguenza di stati patologici diagnosticati o curati prima dell'1.2.2016.

ART. 3 – QUESTIONARIO ANAMNESTICO

In caso di limitazioni per effetto di quanto indicato nel questionario anamnestico (ove previsto dal capitolato Assistenza Base), l'assistito può chiedere (alla CONSOB e per conoscenza alla Cassa) il recesso integrale dall'assistenza (Base e Plus) o parziale (solo Plus) e la restituzione dei contributi eventualmente versati, purché non abbia usufruito di prestazioni o chiesto rimborsi nell'annualità assistenziale da cui decorrono le limitazioni. Il recesso del Titolare comporta automaticamente il recesso di tutti i familiari eventualmente iscritti.

ART. 4 - LIMITI DI ASSISTENZA

Per "limite di assistenza" si intende l'importo massimo di contributi e rimborsi erogabili dalla Cassa in ogni anno assistenziale per nucleo familiare assistito.

Il limite di assistenza, unico per Base e Plus, è lo stesso indicato all'art. 4 del capitolato Assistenza "Base".

Nel caso di inserimento in assistenza nel corso dell'annualità assistenziale, i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

ART. 5 – PRESTAZIONI

A - PRESTAZIONI CONNESSE A INTERVENTI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA

La Cassa rimborsa:

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale e di parto cesareo:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi gli apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi necessari al recupero dell'autonomia dell'assistito

- assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi necessari al recupero della salute, medicinali, esami post intervento durante il ricovero;

- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per interventi effettuati in convenzione diretta, per i ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive);

- accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni precedenti l'intervento, anche in *day hospital*; esami, medicinali, prestazioni mediche, prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere) e trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 giorni successivi al termine dell'intervento e resi necessari dall'intervento chirurgico.

In caso di parto cesareo il limite del rimborso è pari a € 6.000,00 per evento senza applicazione di alcuna franchigia/scoperto.

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura (non convenzionato con la Cassa) richiede il pagamento di un anticipo, la Cassa rimborsa all'assistito che ne faccia domanda le spese sostenute entro il 50% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

B - SCOPERTO

Il rimborso delle spese di cui alla lett. A prevede:

- per gli interventi ambulatoriali effettuati **in totale regime di convenzione diretta con la Cassa** (sia struttura sanitaria sia *équipe* medica) nessuno scoperto/franchigia;
- per gli interventi ambulatoriali effettuati **in regime indiretto con la Cassa**, applicazione di una franchigia fissa di € 650,00.

Le spese connesse a intervento, anche se sostenute a cavallo di due annualità assistenziali, vengono rimborsate a valere sul massimale dell'anno assistenziale in cui è iniziato il ricovero e con applicazione di unico scoperto/franchigia.

Per gli interventi ambulatoriali **a carico del S.S.N.**, il rimborso delle spese per prestazioni effettuate nei giorni precedenti e successivi l'intervento nei limiti previsti alla lett. A non prevede l'applicazione di alcuno scoperto.

C - PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

La Cassa rimborsa le "prestazioni specialistiche" di seguito indicate, con un limite complessivo di [€ ...] per anno/nucleo, con il sotto-limite di € 700,00 per le prestazioni di psicoterapia:

- a) onorari medici specialistici per visite e prestazioni (escluse quelle odontoiatriche, ortodontiche e pediatriche), visite omeopatiche;
- b) analisi e esami diagnostici compresi gli onorari dei medici.

Le prestazioni di cui ai punti a) e b) sono rimborsabili solo se la relativa documentazione riporti la diagnosi o il sospetto diagnostico;

c) terapie: alcolizzazione, chemioterapia, cobaltoterapia, dialisi, terapie radianti, terapia del dolore, psicoterapia, logopedia, fisioterapia a seguito di infortunio, ictus cerebrale, forme neoplastiche, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio la sclerosi multipla, la sclerosi amiotrofica e il morbo di Parkinson).

Le terapie sono rimborsabili solo se effettuate da medico e dietro prescrizione medico-specialistica attestante una diagnosi documentata e accertata. Relativamente alla psicoterapia, alla logopedia e alla fisioterapia, le terapie sono rimborsabili anche se effettuate rispettivamente da psicoterapeuta, logopedista e fisioterapista diplomato.

La fisioterapia a seguito di infortunio viene rimborsata solo se documentata da certificato del Pronto soccorso.

Queste prestazioni sono rimborsate come segue:

- se effettuate **in totale regime di convenzione diretta con la Cassa**, viene applicata una franchigia fissa di [€ ...] per ciclo di cura;
- se effettuate **in regime indiretto con la Cassa**, viene applicato uno scoperto del [... %] con un minimo di [€ ...] per ciclo di cura.

I *ticket* relativi alle prestazioni elencate vanno presentati con cadenza semestrale (entro il 31 gennaio e 31 luglio) e sono integralmente rimborsati.

D - CICLO DI CURA

Il "ciclo di cura" è il complesso delle prestazioni connesse a un medesimo stato patologico. La Cassa applica in ciascun anno assistenziale un unico scoperto/franchigia per ciclo di cura, anche qualora le prestazioni vengano effettuate in tempi diversi oppure riguardino piani assistenziali diversi (ad esempio prestazioni di alta diagnostica previste nell'Assistenza "Base" e prestazioni specialistiche previste nell'Assistenza "Opzione Plus"). Le prestazioni sono rimborsate nel piano

assistenziale che espressamente le prevede; in particolare, le prestazioni di alta diagnostica sono rimborsate a valere sul massimale dell'Assistenza "Base" e successivamente, in caso di esaurimento di tale massimale, su quello delle prestazioni specialistiche previste nell'Assistenza Plus.

Nel caso in cui il ciclo di cura includa prestazioni rese in regime sia diretto sia indiretto, al complesso delle spese sostenute viene applicato lo scoperto/franchigia previsto per il regime indiretto.

In caso di ricorso al regime indiretto, con la presentazione della richiesta di rimborso l'assistito **dichiara concluso** il ciclo di cura; pertanto, successive richieste per lo stesso stato patologico comportano l'applicazione di un nuovo scoperto/franchigia.

Per tutte le spese sanitarie diverse da quelle connesse a ricoveri e interventi ambulatoriali, il ciclo di cura si interrompe il 31 gennaio di ciascuna annualità assistenziale; quindi per le spese sostenute successivamente a tale data si apre un nuovo ciclo di cura – attraverso una nuova richiesta di rimborso – con applicazione del relativo scoperto/franchigia e imputazione ai massimali della nuova annualità.

E - CURE DENTARIE CONSEGUENTI A INFORTUNIO

In luogo di quanto previsto nel capitolato Assistenza "Base" all'art. 5, lett. G, la Cassa rimborsa le cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio, con un limite assistenziale di € 2.000,00 per anno/nucleo; le spese sono rimborsate con applicazione di uno scoperto del 20%.

Tali spese saranno rimborsate solo se il danno dentario è certificato da parte del Pronto Soccorso cui si sia fatto immediato ricorso.

F – OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

In luogo di quanto previsto nel capitolato Assistenza "Base" all'art. 5, lett. I, la Cassa rimborsa le spese successive a un ricovero sostenute per servizi domiciliari medici, infermieristici, farmacologici, riabilitativi, tendenti al recupero della funzionalità fisica. Tali spese sono rimborsate senza applicazione di scoperto/franchigia, fino a concorrenza del limite di € 2.000,00 per anno/nucleo.

ART. 6 - PRESTAZIONI ESCLUSE

Sono escluse dal rimborso le spese per:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico ad eccezione di quella concernente neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente a intervento chirurgico oncologico;
- ricoveri durante i quali vengono compiute solamente terapie fisiche e riabilitative che, in relazione allo stato clinico dell'assistito all'atto del ricovero, possono essere effettuate anche in ambulatorio;
- ricoveri causati dalla necessità dell'assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché ricoveri di lunga degenza, intendendo per tali quelli determinati da condizioni fisiche che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale;
- pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;

- interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser a eccimeri ad eccezione di quelli effettuati in caso di anisometria superiore a quattro diottrie, o deficit visivo, anche di un singolo occhio, pari o superiore a sei diottrie;
- prestazioni riconducibili a finalità estetiche (es. visite, trattamenti, ricoveri ambulatoriali, ricoveri in regime di *day hospital*¹, etc.);
- agopuntura (ove prevista) non effettuata da medico;
- prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato;
- psicoterapia non effettuata da medico specialista o da psicoterapeuta;
- logopedia non effettuata da medico specialista o da logopedista;
- cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie salvo quanto previsto all'art. 5, lett. E;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;
- infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'assistito, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona.

ART. 7 - MODALITA' DI RIMBORSO – SERVIZI WEB

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, il Titolare deve presentare una richiesta alla Cassa su apposito modulo, di norma entro 30 giorni dalla data in cui si è conclusa la cura o il ciclo di cura.

La richiesta deve essere corredata dalla documentazione attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica anche delle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate e dalla eventuale ulteriore documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso. La documentazione deve essere trasmessa via *web*.

A tal fine la Cassa mette a disposizione degli assistiti un portale *web* - nel quale sono disponibili le condizioni generali di assistenza, l'elenco aggiornato dei centri e dei sanitari convenzionati e la modulistica – tramite il quale:

- inoltrare le richieste di rimborso, allegando tutta la relativa documentazione in forma elettronica;
- visualizzare le pratiche inoltrate, il relativo status, i rimborsi disposti e i massimali residui.

In alternativa, la richiesta di rimborso può essere trasmessa tramite posta cartacea.

La Cassa effettua il rimborso direttamente al Titolare di norma mediante accredito sul conto corrente - anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare – entro il termine di 30 giorni (decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente capitolato, inclusa quella relativa all'eventuale struttura sanitaria convenzionata che ha erogato la prestazione). La Cassa può richiedere eventuale documentazione

¹ Si intende per *day hospital* una prestazione assistenziale di ricovero, limitata a una sola parte della giornata, che non prevede il pernottamento; il paziente viene ospitato in un stanza di degenza con l'attribuzione di un posto letto attrezzato.

integrativa per una sola volta e secondo principi di correttezza e buona fede entro 15 giorni dalla ricezione della richiesta di liquidazione; in tal caso il termine per la definizione del sinistro è di 15 giorni dalla ricezione della documentazione integrativa o di eventuali controdeduzioni del Titolare. Ove, successivamente, il rimborso risulti superiore a quello dovuto o non dovuto affatto, la Cassa provvederà allo storno parziale o totale dell'importo rimborsato. Nei casi eccezionali in cui il rimborso non possa avvenire entro il termine, la Cassa corrisponderà una maggiorazione automatica del rimborso - a titolo di risarcimento danni e sanzione forfetaria - pari allo 0,02% per ogni giorno di calendario.

I rimborsi sono effettuati in Italia in euro; per le spese sostenute in Paesi extra area euro, i rimborsi sono effettuati in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dalla Banca d'Italia.

Ogni diniego di rimborso dev'essere motivato per iscritto dalla Cassa, anche per via elettronica.

Gli assistiti si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi a eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della Cassa, in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistibilità.

ART. 8 – REVOCA E MODIFICHE

Salve le fattispecie espressamente previste, l'adesione ai piani assistenziali è **IRREVOCABILE** e **IMMODIFICABILE** per l'intero periodo di vigenza del contratto, così come la mancata adesione impedisce il successivo inserimento in assistenza.

ART. 9 – CONTROVERSIE - ARBITRATO

Le controversie di natura medica possono essere deferite a un collegio arbitrale composto da tre medici, i cui membri sono nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel capoluogo di provincia del luogo di residenza dell'assistito. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico, esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del collegio, assunte a maggioranza, sono vincolanti per le parti, che rinunciano a impugnarle salvi i casi di violenza, dolo, errore grave o violazione di patti contrattuali.

La volontà di deferire la controversia al collegio arbitrale espressa da una delle parti è vincolante per l'altra.

La cognizione di qualsiasi controversia di natura medica tra le parti (assistito e Cassa) sull'indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi, è devoluta alla competenza del Foro di residenza dell'assistito, salvo diverso accordo scritto intervenuto successivamente tra i soggetti.

LETTO, APPROVATO E SOTTOSCRITTO

Roma,

CASSA

CONSOB