CONSOB

**PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO AVENTE AD OGGETTO IL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA PER IL PERSONALE IN SERVIZIO ED IN QUIESCENZA DELLA COMMISSIONE NAZIONALE PER LE SOCIETÀ E LA BORSA (CONSOB) E DELL'AUTORITA' GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO (AGCM) E PER I RISPETTIVI NUCLEI FAMILIARI**

## RISPOSTE A QUESITI

**D.1.** Con riferimento al requisito di capacità economico-finanziaria di "aver realizzato nel triennio 2012/2013/2014 una raccolta premi/contributi media annua, per assistenze analoghe, pari almeno a 3 milioni di euro", è stato chiesto di confermare se per "assistenze analoghe" si intendano anche quelle prestate in favore di soggetti non pubblici.

**R.1**. Si conferma che con riferimento a detto requisito per "assistenze analoghe" si intendono anche quelle prestate in favore di soggetti non pubblici.

**D.2.** E' stato chiesto di confermare che **"**nel Modello 3 debba essere barrata la lettera D. o) ("che non si trova in alcuna situazione di controllo di cui all'art. 2359 c.c. rispetto ad alcun soggetto, e di aver formulato l'offerta autonomamente"), considerato che la dichiarazione è resa dall'impresa ausiliaria che non concorre alla procedura di gara e non presenta offerta, come peraltro confermato dalla dichiarazione contenuta alla precedente lettera C. del medesimo modello ('di non partecipare a sua volta alla stessa gara, né in forma singola, né in forma associata, né in qualità di ausiliario di altro soggetto concorrente')."

**R.2.** Si prende atto che la dichiarazione di cui alla lett. D.o del Modello 3 (modello che riporta tutti i punti di cui all'art. 38, comma 2, del d.lgs 163/2006) pertiene più propriamente alla posizione del concorrente, che non a quella dell'ausiliario che, in effetti, non partecipa alla procedura né presenta offerta. Detta dichiarazione può dunque ritenersi assorbita in quella di cui alla lettera C del medesimo modello. Trattandosi di modulo predisposto dalla stazione appaltante, tuttavia, la compilazione della dichiarazione di cui alla lett. D.o non inficia in alcun modo la partecipazione alla procedura, e deve essere intesa semplicemente come dichiarazione relativa alla "*situazione di controllo di cui all'art. 2359 c.c.*" fermo restando che, come correttamente evidenziato dal concorrente, l'ausiliario non formula l'offerta.

**D.3** Nell'Allegato 1 disciplinare di gara, **a**ll' art. 3.1. Lotto 1 – CONSOB "piano di assistenza sanitaria per il personale in servizio ed in quiescenza della CONSOB e per i rispettivi nuclei familiari" (CIG 6398826E3F) e più precisamente al punto 3.1.4. "Servizi accessori" di pag. 7 si legge:

"(..) Per le prestazioni mediche di emergenza la centrale dovrà essere altresì attiva 24 ore su 24 di tutti i giorni, anche non lavorativi e festivi";

Si ritiene soddisfatto il requisito con la messa a disposizione dell'assicurato del servizio di assistenza <pareri medici immediati > attivo 24 ore al giorno per 365 giorni all'anno.

Si chiede cortese conferma dell'interpretazione.

**R.3.**: Si precisa che la Cassa è obbligata, per l'intera durata del contratto, a tenere a disposizione degli Assistiti una centrale operativa, raggiungibile nell'arco della giornata lavorativa (9.00-19.00), attraverso un numero verde nazionale (gratuito) ed internazionale, che renda minimo il tempo di attesa delle chiamate, per fornire informazioni e consulenza medica telefonica. Per le prestazioni mediche di emergenza la centrale dovrà essere altresì attiva 24 ore su 24 anche nei giorni non lavorativi e festivi.

**D.4.** Nell'Allegato 1 disciplinare di gara, nella tabella relativa alla "SCHEDA 13" a pag. 22 si legge "Importo minimo scoperto per ricoveri con e senza intervento e per day hospital fuori convenzione", si deduce che ci sia un refuso e che la dicitura intesa dovesse essere "Importo massimo scoperto per ricoveri con e senza intervento e per day hospital fuori convenzione".

Medesima interpretazione si applicherebbe alla "SCHEDA 10" a pagina 29.

Si chiede cortese conferma dell'interpretazione.

**R. 4**: Si conferma, trattasi di un refuso.

**D.5.** Nell'Allegato 1 disciplinare di gara, in calce a pag. 22 si legge: "Ove venga selezionata la casella "Nessuno scoperto" della scheda 11, l'attribuzione del relativo punteggio, pari a 4 punti, avrà luogo solo a condizione che vengano contemporaneamente selezionate entrambe le caselle "Minimo € 0" della scheda 12 e "Massimo € 0" della scheda 13.(…). Qualora la Società volesse offrire, ad esempio, solamente un minimo di euro 1.280 senza applicazione di scoperto e massimo, oltre ad indicare nella Scheda 11 la voce "Nessuno scoperto", quale voce deve indicare nella Scheda 13 _ Massimo? Inoltre, chiediamo alla luce di quanto sopra riportato e indicato in calce a pag.22, quale punteggio verrà assegnato. Si richiede la medesima spiegazione per quanto in calce alla "SCHEDA 10" a pag. 29.

**R.5**: Si conferma che l'eventuale opzione "Nessuno scoperto" della scheda 11 presuppone il contestuale avvaloramento delle opzioni "minimo € 0" e "massimo € 0) delle schede 12 e 13.

**D.6.** Allo "Schema di contratto Consob", si chiede a codesta Spettabile Stazione Appaltante di integrare l'art. "Definizioni" con le seguenti voci al fine di poter assicurare all'Assicuratore la migliore gestione possibile del piano sanitario:

**Aborto**

Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

**Aborto spontaneo**

Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

**Aborto terapeutico**

Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto.

**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.

**Difetto fisico**

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Documentazione sanitaria**

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci, laddove previsti).

**Infortunio**

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

**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.

**Libera professione intramuraria**

L'attività che il personale medico alle dipendenze dell'SSN esercita in forma individuale o di equipe, al di fuori dell'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'Assicurato e con oneri a carico dello stesso.

**Malformazione**

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

**Retta di degenza**

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

**Questionario Anamnestico/Sanitario (limitatamente agli assicurati per i quali è prevista la compilazione del Questionario)**

Documento contenente le informazioni sullo stato dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o dalla persona che esercita la patria potestà, che costituisce parte integrante della polizza.

**R. 6.** Non sussistono i presupposti per modificare il capitolato di gara.

**D.7.** Nello "Schema di contratto Consob", a pag. 6, all'art. 5 "Reportistica e Penali" si legge:

1. La Cassa si impegna a inviare bimestralmente alla CONSOB un'apposita reportistica contenente informazioni statistiche sui sinistri e sui rimborsi, distinti secondo partizioni analitiche per tipologia di evento, mediante compilazione di una tabella che verrà fornita dalla CONSOB, da trasmettere in modalità elettronica.

2. L'inadempimento della presente obbligazione, o un ritardo nella fornitura dei dati superiore a due mesi, comporta l'applicazione, nei confronti della Cassa, per ogni singolo episodio, di una penale pari allo 0,1 per cento del compendio dei contributi dell'annualità (…).

5. Le penali verranno comminate previa valutazione delle circostanze che hanno determinato gli inadempimenti o i ritardi nell'adempimento e delle eventuali motivazioni addotte dalla Società a giustificazione degli stessi. Non sarà dovuta alcuna penale qualora l'inadempimento o il ritardo sia dipeso da causa di forza maggiore e sempre che l'esistenza dell'impedimento, opportunamente documentata, venga portata a conoscenza della CONSOB entro 24 ore dal suo accadimento. (…)

Si chiede cortesemente di indicare qual è l'esatta scadenza bimestrale, a partire dala quale dovrebbero essere conteggiate le penali previste.

**R.7**. Il contratto decorrerà dalle ore 00 dell'1/2/2016; pertanto il primo bimestre di riferimento terminerà il 31/3/2016. Come previsto dalla documentazione di gara la reportistica dovrà essere trasmessa bimestralmente (quindi ad esempio la reportistica relativa al primo bimestre contrattuale dovrà essere trasmessa entro il 31/5/2016).

**D.8**. Nell' "All. 1a Capitolato Base Consob", a pag. 2 all' art. 3 – "Questionario Anamnestico" si legge "All'atto dell'adesione devono compilare e trasmettere alla Cassa un questionario anamnestico (all.4) tutti gli assistiti (…)". Medesimo riferimento si legge a pag. 2 dell'Allegato "All. 1c capitolato grandi Rischi pensionati CONSOB" all' art. 3 – "Questionario Anamnestico" .

Non individuando l'allegato 4 cui si fa riferimento, si chiede di fornire il documento per la presa visione del questionario.

**R.8.** Si allega in calce il questionario anamnestico.

**D.9.** Nell' "All. 1a Capitolato Base Consob", a pag. 2 all'art. 4 "Limiti di assistenza" si legge "(…) Il limite di assistenza è di € 160.000,00 per anno assistenziale, elevato a € 200.000,00 per nuclei familiari con tre o più figli fiscalmente a carico (…)". Da ciò si deduce che, per esempio, un nucleo familiare costituito da titolare, coniuge e 2 figli fiscalmente a carico avrà un limite di assistenza di € 160.000,00, mentre un nucleo che comprende titolare, coniuge e 3 (o più) figli fiscalmente a carico otterrà un innalzamento del limite a € 200.000,00.

Si chiede cortese conferma di detta interpretazione.

**R.9.** Si conferma la correttezza dell'interpretazione

**D.10.** Nell' "All. 1a Capitolato Base Consob", a pag. 3 all'art. 5 "Prestazioni" lettera A "Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti o case di cura" si legge "La Cassa rimborsa: 1. In caso di intervento chirurgico, parto cesareo, (…)". A pag. 2 all'art. 5 "Prestazioni" lettera A "Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti o case di

cura" dell'Allegato " All. 1b Capitolato Assistenza Plus CONSOB", si legge "La Cassa rimborsa: 1. In caso di intervento chirurgico ambulatoriale, parto cesareo, (…)".

Si chiede se il parto cesareo rientri in copertura nell'Assistenza Base oppure sia da considerare in copertura esclusivamente nell'ambito dell'Assistenza Plus.

**R.10.** Si ribadisce che il parto cesareo è coperto sia dall'assistenza Base che dall'opzione Assistenza Plus, con il limite e gli scoperti previsti dai rispettivi capitolati.

**D.11.** Nell' "All. 1a Capitolato Base Consob", con riferimento alla modalità di liquidazione dell'eventuale anticipo previsto dall'ultimo paragrafo del sub-articolo "A "PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA" a pag. 4 si chiede cortesemente di confermare che l'anticipo possa essere erogato all'assistito nei limiti descritti, previo l'invio della seguente documentazione:

- documentazione clinica completa;
- preventivo compilato dall'istituto di cura;
- certificato di avvenuto ricovero.

La medesima interpretazione verrebbe applicata anche all'art. "A - PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA" dell'Allegato "All. 1b Capitolato Assistenza Plus CONSOB" e all'art. "A - PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA" dell'Allegato " All. 1c capitolato grandi rischi pensionati CONSOB".

**R.11.** La garanzia opera nei termini e limiti previsti dal Capitolato.

**D.12.** Nell' "All. 1a Capitolato Base Consob", a pag. 4 punto B – "Scoperto" si legge "In caso dei grandi interventi chirurgici (…) e di ricoveri presso unità coronariche, unità di terapia intensiva e sub-intensiva non verrà applicato limite per la retta di degenza né alcuno scoperto".

Si chiede se nel caso di ricoveri precedentemente riportati, i minimi definiti alla lettera B "Scoperti" saranno comunque applicati.

**R.12.** Si ribadisce che ai sensi di quanto indicato nell'allegato 1.a "Assistenza Base", "in caso dei grandi interventi chirurgici indicati nell'elenco allegato e di ricoveri presso unità coronariche, unità di terapia intensiva e sub intensiva non verrà applicato limite per la retta di degenza ne alcuno scoperto".

**D.13.** Nell' "All. 1a Capitolato Base Consob", a pag. 4 punto B – "Scoperto" si legge "Per i ricoveri a carico del S.S.N., il rimborso delle spese per prestazioni (…) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto".

Si chiede se nel caso di ricoveri precedentemente riportati, i minimi definiti alla lettera B "Scoperti" saranno comunque applicati.

**R.13.** Si ribadisce che ai sensi di quanto indicato nell'allegato 1.a "Assistenza Base", "per i ricoveri a carico del SSN il rimborso delle spese per prestazioni effettuate nei giorni precedenti e successivi il ricovero nonché della differenza di classe relativa alle spese di degenza (entrambe previste nei limiti della lett. A) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto".

**D.14.** Nell' "All. 1a Capitolato Base Consob", a pagina 6 punto F "Cure oncologiche e dialisi", si legge "La Cassa rimborsa, ( …), le spese sostenute:1. in seguito a patologie oncologiche per:- assistenza infermieristica domiciliare;- visite specialistiche;- chemioterapia;- terapie radianti (…). Da ciò si deduce che gli accertamenti diagnostici in seguito a patologie oncologiche non saranno coperti all'interno del punto F – "Cure oncologiche e dialisi".

Si chiede conferma della suddetta interpretazione.

**R.14**. Si precisa che gli accertamenti diagnostici effettuati in seguito a patologie oncologiche non sono ricompresi nel punto F – Cure oncologiche e dialisi - ma nella copertura prevista dai capitolati secondo le rispettive previsioni (ad es. allegato 1.a "Assistenza Base" – Art. 5 lettera A, punto 2. La Cassa rimborsa: "In caso di ricovero che non comporti intervento chirurgico anche in regime di day hospital: accertamenti diagnostici.…").

**D.15.** Nell'"All. 1a Capitolato Base Consob", a pag. 6, punto G – CURE DENTARIE CONSEGUENTI A INFORTUNIO, si legge "La Cassa rimborsa le cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio, con un limite assistenziale di € 1.250,00 per anno/nucleo; le spese sono rimborsate con applicazione di uno scoperto del 25%.Tali spese saranno rimborsate solo se il danno dentario è certificato da parte del Pronto Soccorso cui si sia fatto immediato ricorso."

Per il rimborso di tali spese, oltre al certificato di Pronto Soccorso, verranno richiesti anche gli accertamenti radiologici effettuati in occasione dell'infortunio, e i relativi referti.

Si chiede conferma dell' interpretazione.

La medesima interpretazione potrà essere applicata anche all'art. E – "CURE DENTARIE CONSEGUENTI A INFORTUNIO" di cui all'"All. 1b Capitolato Assistenza Plus CONSOB".

**R. 15.** Le cure dentarie conseguenti a infortunio devono essere rimborsate previa presentazione della sola certificazione rilasciata dal pronto soccorso.

**D.16.** Nell' "All. 1a Capitolato Base Consob", a pag. 6, punto H - CURE DENTARIE DIVERSE DA QUELLE CONSEGUENTI A INFORTUNIO, si chiede conferma che la garanzia si intenderà operante con le seguenti modalità:

-Solo nel caso in cui le prestazioni vengano effettuate presso le strutture operanti in regime di totale convenzione diretta con la Società;
- I pagamenti delle prestazioni fruite in regime di convenzione diretta verranno effettuati dalla Società fatta eccezione per gli importi corrispondenti agli scoperti previsti a carico dell'Assicurato e che saranno versati dall'Assistito alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

**R.16**: Si ribadisce che la Cassa rimborsa le cure dentarie diverse da quelle conseguenti a infortunio in convenzione diretta. L'Assistito provvede al pagamento dello scoperto a suo carico previa emissione della relativa fattura.

**D.17**. Con riferimento all'art. I "OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE" di cui all'All. 1a Capitolato Base CONSOB" e all'art. F "OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE" di cui all'"All. 1b Capitolato Assistenza Plus CONSOB" si chiedono le seguenti conferme:

- che la garanzia di ospedalizzazione domiciliare prevista con l' "All. 1b Capitolato Assistenza Plus CONSOB" possa intendersi in luogo ovvero alternativa alla medesima garanzia prevista con l' "Allegato 1a Capitolato Base CONSOB"

- che l' ospedalizzazione domiciliare possa intendersi operante nel caso di ricovero indennizzabile a termini di polizza , ovvero del piano sottoscritto dall'assicurato.

**R. 17.** Si precisa che il massimale della garanzia – Ospedalizzazione domiciliare – è previsto in € 1.000 anno/nucleo per la garanzia "Assistenza Base" e che tale massimale viene elevato a € 2.000 in caso si attivata la garanzia "Assistenza Plus". Si precisa inoltre che ai sensi di quanto previsto nel Capitolato Allegato 1.a – Assistenza Base –" 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 € 1.000,00 per anno/nucleo".

**D.18.** Nell' "All. 1a Capitolato Base Consob", a pagina 6 punto 6, punto G – CURE DENTARIE CONSEGUENTI A INFORTUNIO, si legge "La Cassa rimborsa le cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio […]" si deduce che le prestazioni previste nel punto sopra indicato non vengano prestate in regime di convenzione diretta.

La medesima interpretazione viene applicata alle prestazioni previste ai punti I "OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE", "L – FISIOTERAPIA RIABILITATIVA" e ai punti dell' "All. 1b Capitolato Assistenza Plus CONSOB" "E - CURE DENTARIE CONSEGUENTI A INFORTUNIO" ed F "OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE".

Si chiede conferma dell' interpretazione.

**R.18.** Si conferma l'interpretazione.

**D.19.** Nell' "All. 1a Capitolato Base Consob", a pagina 7 all'art. 6 "PRESTAZIONI ESCLUSE" si legge "(…)agopuntura (ove prevista) non effettuata da medico (…)".

Si chiede se è corretto che nel caso di prestazioni di agopuntura effettuata da medico le spese debbano essere liquidate nell'ambito della garanzia prevista alla lettera "L – FISIOTERAPIA RIABILITATIVA".

**R.19.** Si precisa che l'agopuntura effettuata da un medico è ricompresa nella copertura prevista dall'Assistenza Base.

**D.20**. Si chiede di integrare l'elenco delle esclusioni a pagina 7 all'art. 6 "Prestazioni escluse" dell' "All. 1a Capitolato Base Consob", con le seguenti voci indicate all'art. 6 "Prestazioni escluse" a pagina 4 dell'Assistenza Plus:
- psicoterapia non effettuata da medico specialista o da psicoterapeuta;
- logopedia non effettuata da medico specialista o da logopedista

**R.20**. Non è consentito modificare il capitolato.

**D.21**. Nell'"All. 1a Capitolato Base Consob", a pagina 7 all'art. 6 "PRESTAZIONI ESCLUSE" non compare l'esclusione relativa alle cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie come specificato all'art. 6 "PRESTAZIONI ESCLUSE" a pagina 6 dell'Assistenza Plus.

Si chiede di inserire nell'ambito dell'art. 6 "PRESTAZIONI ESCLUSE" la seguente esclusione: "le cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie salvo quanto previsto all'art. 5 lettera H" e di integrare la garanzia "H - CURE DENTARIE DIVERSE DA QUELLE CONSEGUENTI A INFORTUNIO" nel seguente modo: "in deroga a quanto previsto all'art. 6 "PRESTAZIONI ESCLUSE" la Cassa rimborsa le cure dentarie (…)"

Si chiede conferma di suddetta specifica.

**R.21.** Non è consentito modificare il capitolato.

**D.22.** Nell' "All. 1a Capitolato Base Consob", per prevenire eventuali contenziosi si propone di esplicitare le seguenti esclusioni inserendole nell'ambito dell'art. 6 "PRESTAZIONI ESCLUSE":

"le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale"

" la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici"

Medesima proposta viene estesa anche all'assistenza Plus.

**R.22.** Non è consentito modificare il capitolato.

**D.23**. Al fine di ottimizzare l'ambito di operatività del Piano Sanitario si propone di integrare come segue la quartultima esclusione prevista all'art. 6 "PRESTAZIONI ESCLUSE" dell' "All. 1a Capitolato Base Consob":

Laddove indicato "infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;" potrà leggersi "infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico e infortuni e le conseguenze causati dall'abuso di alcool e psicofarmaci".

Si chiede cortese conferma.

**R. 23.:** L'indicazione riportata nel capitolato non richiede ulteriori precisazioni.

**D.24.** Nell' "All. 1a Capitolato Base Consob", a pag. 7 all'art. 7 "MODALITA' DI RIMBORSO – SERVIZI WEB" si legge "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".

Tale previsione prevarrà, di norma, rispetto all'applicazione dei 2 anni previsti dall'art. 2952, II° comma del Codice Civile per quanto concerne la prescrizione del diritto alle richieste di rimborso, e , nel caso in cui la denuncia arrivi successivamente l'assistito dovrà certificare le cause che hanno reso impossibile la denuncia del sinistro nei termini previsti.

Si chiede conferma dell'interpretazione.

La medesima interpretazione verrebbe applicata anche all'art. 7 "MODALITA' DI RIMBORSO – SERVIZI WEB" di cui all' "All. 1b Capitolato Assistenza Plus CONSOB" e all'art. 7 "MODALITA' DI RIMBORSO – SERVIZI WEB" di cui all' "All. 1c capitolato grandi Rischi pensionati CONSOB".

**R. 24.**: L'indicazione riportata nel capitolato non richiede ulteriori precisazioni.

**D.25.** All'art. 7 "MODALITA' DI RIMBORSO – SERVIZI WEB" previsto negli "All. 1a Capitolato Base CONSOB", "All. 1b Capitolato Assistenza Plus CONSOB" e "All. 1c capitolato grandi Rischi pensionati CONSOB" si legge: (...) La Cassa può richiedere eventuale documentazione 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 (…)" e "(...) Ogni diniego di rimborso deve essere motivato per iscritto dalla Cassa Anche per via elettronica."

Si chiede cortesemente conferma che:

- i termini previsti per la richiesta di integrazione possano decorrere dalla valutazione del sinistro, fermo restando che la valutazione naturalmente dovrà essere effettuata secondo correttezza e buona fede;

- la documentazione integrativa dovrà essere richiesta una sola volta a condizione che l'integrazione risulti esaustiva;

- l'eventuale diniego del rimborso e la motivazione possano essere comunicati all'assicurato tramite sms oppure e-mail.

- resta inteso che qualora il sinistro non dovesse essere integrato con la documentazione clinica necessaria, non potrà essere liquidato.

**R.25:** Non sussistono i presupposti per modificare il capitolato di gara.

**D.26.** Nell' "All. 1b Capitolato Assistenza Plus CONSOB", a pag. 3 della lettera C – "PRESTAZIONI SPECIALISTICHE" si legge "(...) c) terapie: alcolizzazione (...)". Si ritiene necessario delimitare l'ambito di operatività della polizza e quindi è opportuno definire più precisamente quali sono le terapie di alcolizzazione oggetto della copertura.

Proponiamo di conseguenza, che vengano considerate terapie di alcolizzazione le terapie percutanee mediante iniezione di piccole quantità di alcool etilico.

Si chiede di confermare tale interpretazione o di specificare la formulazione più aderente alle proprie esigenze.

**R.26.:** L'indicazione riportata nel capitolato non richiede ulteriori precisazioni.

**D. 27**. Con riferimento alla fisioterapia a seguito di infortunio e/o resa necessaria dalle patologie elencate al punto c) dell'art. C – "PRESTAZIONI SPECIALISTICHE di cui all' "All. 1b Capitolato Assistenza Plus CONSOB", si chiede cortesemente di confermare che tali prestazioni fisioterapiche possano essere erogate in luogo ossia in alternativa e nei limiti previsti con l'articolo "L – FISIOTERAPIA RIABILITATIVA" con l'Allegato "All. 1a Capitolato Base CONSOB".
Si applica la medesima interpretazione nell'applicazione di quanto previsto anche per le prestazioni di cui agli articoli "E – CURE DENTARIE CONSEGUENTI A INFORTUNIO" e "F – OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE" in luogo ossia in sostituzione degli omologhi e rispettivi articoli previsti nell'allegato "All'1a Capitolato Base CONSOB".

**R.27**. Si conferma l'interpretazione

**D.28.** Nell' "All. 1b Capitolato Assistenza Plus CONSOB", a pagina 4 all'art. 6 - "PRESTAZIONI ESCLUSE" si legge "(…) logopedia non effettuata da medico specialista o da psicoterapeuta". Da ciò si deduce che la logopedia effettuata da psicologo, non essendo un medico specialista, sia da ritenersi esclusa.

Si chiede conferma della suddetta interpretazione.

**R.28**. Si ribadisce che la logopedia rientra nella copertura assistenziale solo se effettuata da un medico specialista o da un logopedista

**D.29.** Nell' "All. 1b Capitolato Assistenza Plus CONSOB", a pagina 4 all'Art. 6 "Prestazioni escluse" si legge "(…) Agopuntura (ove prevista) non effettuata da medico (…)".

Si chiede se è corretto che nel caso di prestazioni di agopuntura effettuata da medico le spese debbano essere liquidate nell'ambito della garanzia prevista alla lettera C – Prestazioni Specialistiche al punto c).

**R.29.** Si precisa che l'agopuntura effettuata da un medico è ricompresa nella copertura prevista dal capitolato dell'assistenza plus

**D. 30.** Nell' "All. 1c capitolato Assistenza Grandi Rischi Pensionati CONSOB" non essendo presente l'articolo relativo alle esclusioni, si chiede di integrare l'Assistenza Grandi Rischi Pensionati con l'Art. 6 "Prestazioni escluse" dell'allegato "All. 1b capitolato Assistenza Plus CONSOB" pagina 4 e seguenti.

**R.30.** Non sussistono i presupposti per modificare il capitolato di gara.

**D.31.** Si chiede a codesta Spettabile Stazione Appaltante di integrare l'art. "Definizioni" dell' "All. 3a Schema di contratto AGCM" con le seguenti voci al fine di poter assicurare all'Assicuratore la migliore gestione possibile del piano sanitario:

**Aborto**

Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

**Aborto spontaneo**

Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

**Aborto terapeutico**

Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto.

**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.

**Difetto fisico**

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Documentazione sanitaria**

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci, laddove previsti).

**Infortunio**

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

**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.

**Libera professione intramuraria**

L'attività che il personale medico alle dipendenze dell'SSN esercita in forma individuale o di equipe, al di fuori dell'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'Assicurato e con oneri a carico dello stesso.

**Malformazione**

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congente.

**Retta di degenza**

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

**Questionario Anamnestico/Sanitario (limitatamente agli assicurati per i quali è prevista la compilazione del Questionario)**

Documento contenente le informazioni sullo stato dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o dalla persona che esercita la patria potestà, che costituisce parte integrante della polizza.

**R.31.**Non sussistono i presupposti per modificare il capitolato di gara.

**D.32.** Nell' "All. 3a Schema di contratto AGCM", a pag. 5 e 6, all'Art. 5 "Reportistica e Penali", si legge:

"1. La Cassa si impegna a inviare bimestralmente alla AGCM un'apposita reportistica contenente informazioni statistiche sui sinistri e sui rimborsi, distinti secondo partizioni analitiche per tipologia di evento, mediante compilazione di una tabella che verrà fornita dalla AGCM, da trasmettere in modalità elettronica.

2. L'inadempimento della presente obbligazione, o un ritardo nella fornitura dei dati superiore a due mesi, comporta l'applicazione, nei confronti della Cassa, per ogni singolo episodio, di una penale pari allo 0,1 per cento del compendio dei contributi dell'annualità (…)

5. Le penali verranno comminate previa valutazione delle circostanze che hanno determinato gli inadempimenti o i ritardi nell'adempimento e delle eventuali motivazioni addotte dalla Società a giustificazione degli stessi. Non sarà dovuta alcuna penale qualora l'inadempimento o il ritardo sia dipeso da causa di forza maggiore e sempre che l'esistenza dell'impedimento, opportunamente documentata, venga portata a conoscenza della AGCM entro 24 ore dal suo accadimento. (…)

Si chiede cortesemente di indicare qual è l'esatta scadenza bimestrale, a partire dalla quale dovrebbero essere conteggiate le penali previste.

**R. 32.** Il contratto decorrerà dalle ore 00 dell'1/3/2016; pertanto il primo bimestre di riferimento terminerà il 30/4/2016. Come previsto dalla documentazione di gara la reportistica dovrà essere trasmessa bimestralmente (quindi ad esempio la reportistica relativa al primo bimestre contrattuale dovrà essere trasmessa entro il 30/6/2016).

**D.33**. Nell' "All. 3a Capitolato Base AGCM", a pag. 2 all'art. 3 – "Questionario Anamnestico" si legge "All'atto dell'adesione devono compilare e trasmettere alla Cassa un questionario anamnestico (all.4) tutti gli assistiti (…)". Medesimo riferimento si legge a pag. 2 dell'Allegato "All. 1c capitolato grandi Rischi pensionati", all' Art. 3 "Questionario Anamnestico" .

Non individuando l'allegato 4 a cui si fa riferimento, si chiede di fornire il documento per la presa visione del questionario.

**R. 33.**: Si rinvia al questionario anamnestico.

**D.34.** Nell' "All. 3a Capitolato Base AGCM", a pag. 2 all'art. 4 "Limiti di assistenza" si legge "(…)Il limite di assistenza è di € 160.000,00 per anno assistenziale, elevato a € 200.000,00 per nuclei familiari con tre o più figli fiscalmente a carico (…)" Da ciò si deduce che, per esempio, un nucleo familiare costituito da titolare, coniuge e 2 figli fiscalmente a carico avrà un limite di assistenza di € 160.000,00, mentre un nucleo che comprende titolare, coniuge e 3 (o più) figli fiscalmente a carico otterrà un innalzamento del limite a € 200.000,00.

Si chiede cortese conferma di detta interpretazione.

**R.34.** Si conferma la correttezza dell'interpretazione

**D.35.** Nell' "All. 3a Capitolato Base AGCM", a pag. 3 all'art. 5 "Prestazioni" lettera A "Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti o case di cura" si legge "La Cassa rimborsa: 1. In caso di intervento chirurgico, parto cesareo, (…)". A pag. 2 all'art. 5 "Prestazioni" lettera A "Prestazioni connesse a interventi presso ospedali o altri istituti o case di cura" dell'Allegato " All. 3b Capitolato Assistenza Plus AGCM", si legge "La Cassa rimborsa: 1. In caso di intervento chirurgico ambulatoriale, parto cesareo, (…)".

Si chiede se il parto cesareo rientri in copertura nell'Assistenza Base oppure sia da considerare in copertura esclusivamente nell'ambito dell'Assistenza Plus.

**R.35.** Si ribadisce che il parto cesareo è coperto sia dall'assistenza Base che dall'opzione Assistenza Plus, con il limite e gli scoperti previsti dai rispettivi capitolati.

**D.36.** Con riferimento alla modalità di liquidazione dell'eventuale anticipo previsto dall'ultimo paragrafo del sub-articolo "A "PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA" a pag. 4 dell' "All. 3a Capitolato Base AGCM", si chiede cortesemente di confermare che l'anticipo possa essere erogato all'assistito nei limiti descritti, previo l'invio della seguente documentazione:

- documentazione clinica completa;
- preventivo compilato dall'istituto di cura;
- certificato di avvenuto ricovero.

La medesima prestazione verrebbe applicata anche all'art. "A – PRESTAZIONI CONNESSE A INTERVENTI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA" di cui all'allegato "All. 3b capitolato Assistenza Plus AGCM" e all'articolo "A – PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA" di cui all'allegato "All.3c capitolato grandi rischi pensionati AGCM"

**R.36.** La garanzia opera nei termini e limiti previsti dal Capitolato

**D.37.** Nell' "All. 3a Capitolato Base AGCM", a pag. 4 punto B – "Scoperto", si legge "In caso dei grandi interventi chirurgici (…)e di ricoveri presso unità coronariche, unità di terapia intensiva e sub-intensiva non verrà applicato limite per la retta di degenza né alcuno scoperto".

Si chiede se nel caso di ricoveri precedentemente riportati, i minimi definiti alla lettera B "Scoperti" saranno comunque applicati.

**R. 37.**: Si ribadisce che ai sensi di quanto indicato nell'allegato 1.a "Assistenza Base", "in caso dei grandi interventi chirurgici indicati nell'elenco allegato e di ricoveri presso unità coronariche, unità di terapia intensiva e sub intensiva non verrà applicato limite per la retta di degenza ne alcuno scoperto".

**D.38.** Nell' "All. 3a Capitolato Base AGCM", a pag. 4 punto B – "Scoperto" si legge "Per i ricoveri a carico del S.S.N., il rimborso delle spese per prestazioni (…) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto".

Si chiede se nel caso di ricoveri precedentemente riportati, i minimi definiti alla lettera B "Scoperti" saranno comunque applicati.

**R. 38.** Si ribadisce che ai sensi di quanto indicato nell'allegato 1.a "Assistenza Base", "per i ricoveri a carico del SSN il rimborso delle spese per prestazioni effettuate nei giorni precedenti e successivi il ricovero nonché della differenza di classe relativa alle spese di degenza (entrambe previste nei limiti della lett. A) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto".

**D. 39.** Nell' "All. 3a Capitolato Base AGCM", a pagina 6 punto F "Cure oncologiche e dialisi", si legge "La Cassa rimborsa, ( …), le spese sostenute: 1. in seguito a patologie oncologiche per:- assistenza infermieristica domiciliare;- visite specialistiche;- chemioterapia;- terapie radianti (…). Da ciò si deduce che gli accertamenti diagnostici in seguito a patologie oncologiche non saranno coperti all'interno del punto F – "Cure oncologiche e dialisi".

Si chiede conferma della suddetta interpretazione.

**R. 39.** Si precisa che gli accertamenti diagnostici effettuati in seguito a patologie oncologiche non sono ricompresi nel punto F – Cure oncologiche e dialisi - ma nella copertura prevista dai capitolati secondo le rispettive previsioni (ad es. allegato 1.a "Assistenza Base" – Art. 5 lettera A, punto 2. La Cassa rimborsa: "In caso di ricovero che non comporti intervento chirurgico anche in regime di day hospital: accertamenti diagnostici.…").

**D.40.** Nell' "All. 3a Capitolato Base AGCM", a pag. 6, punto G – CURE DENTARIE CONSEGUENTI A INFORTUNIO, si legge "La Cassa rimborsa le cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio, con un limite assistenziale di € 1.250,00 per anno/nucleo; le spese sono rimborsate con applicazione di uno scoperto del 25%.Tali spese saranno rimborsate solo se il danno dentario è certificato da parte del Pronto Soccorso cui si sia fatto immediato ricorso."

Per il rimborso di tali spese, oltre al certificato di Pronto Soccorso, verranno richiesti anche gli accertamenti radiologici effettuati in occasione dell'infortunio, e i relativi referti.

Si chiede conferma dell' interpretazione

La medesima interpretazione potrà essere applicata anche all'art. E – "CURE DENTARIE CONSEGUENTI A INFORTUNIO" di cui all'"All. 3b Capitolato Assistenza Plus AGCM".

**R. 40.** Le cure dentarie conseguenti a infortunio devono essere rimborsate previa presentazione della sola certificazione rilasciata dal pronto soccorso.

**D.41**. Nell' "All. 3a Capitolato Base AGCM", a pag. 6, punto H - CURE DENTARIE DIVERSE DA QUELLE CONSEGUENTI A INFORTUNIO, si chiede conferma che la garanzia si intendere operante con le seguenti modalità:

- Solo nel caso in cui le prestazioni vengano effettuate presso le strutture operanti in regime di totale convenzione diretta con la Società

- I pagamenti delle prestazioni fruite in regime di convenzione diretta verranno effettuati dalla Società fatta eccezione per gli importi corrispondenti agli scoperti previsti a carico dell'Assicurato e che saranno versati dall'Assistito alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

**R.41.** Si ribadisce che la Cassa rimborsa le cure dentarie diverse da quelle conseguenti a infortunio in convenzione diretta. L'Assistito provvede al pagamento dello scoperto a suo carico previa emissione della relativa fattura.

**D.42.** Con riferimento all'art. "I - OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE" di cui all'allegato All.3a Capitolato Base AGCM" e all'art. F "OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE" di cui all'allegato "All. 3b Capitolato Assistenza Plus AGCM" si chiedono le seguenti conferme:

- che la garanzia di ospedalizzazione domiciliare prevista con l' "All. 3b Capitolato Assistenza Plus AGCM" possa intendersi in luogo ovvero alternativa alla medesima garanzia prevista con l' "Allegato 3a Capitolato Base AGCM"

- che l' ospedalizzazione domiciliare possa intendersi operante nel caso di ricovero indennizzabile a termini di polizza , ovvero del piano sottoscritto dall'assicurato.

**R.42.** Si precisa che il massimale della garanzia – Ospedalizzazione domiciliare – è previsto in € 1.000 anno/nucleo per la garanzia "Assistenza Base" e che tale massimale viene elevato a € 2.000 in caso si attivata la garanzia "Assistenza Plus". Si precisa inoltre che ai sensi di quanto previsto nel Capitolato Allegato 1.a – Assistenza Base –" 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 € 1.000,00 per anno/nucleo".

**D.43.** Nell' "All. 3a Capitolato Base AGCM", a pagina 6 punto "G – CURE DENTARIE CONSEGUENTI A INFORTUNIO", si legge "La Cassa rimborsa le cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio […]" si deduce che le prestazioni previste nel punto sopra indicato non vengano prestate in regime di convenzione diretta.

La medesima interpretazione viene applicata alle prestazioni previste ai punti "I - OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE", "L – FISIOTERAPIA RIABILITATIVA" e ai punti dell'allegato "All. 3b Capitolato Assistenza Plus AGCM" "E - CURE DENTARIE CONSEGUENTI A INFORTUNIO" ed "F - OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE".

Si chiede conferma dell' interpretazione.

**R. 43.** Si conferma l'interpretazione

**D.44.** Nell' "All. 3a Capitolato Base AGCM", a pagina 7 all'art. 6 "PRESTAZIONI ESCLUSE" si legge "(…) Agopuntura (ove prevista) non effettuata da medico (…)", si chiede se è corretto che nel caso di prestazioni di agopuntura effettuata da medico le spese debbano essere liquidate nell'ambito della garanzia prevista alla lettera "L – FISIOTERAPIA RIABILITATIVA".

**R.44.** Si precisa che l'agopuntura effettuata da un medico è ricompresa nella copertura prevista dall'Assistenza Base.

**D.45.** Si chiede di integrare l'elenco delle esclusioni a pagina 7 all'art. 6 "Prestazioni escluse" dell' "All. 3a Capitolato Base AGCM"con le seguenti voci indicate all'art. 6 "Prestazioni escluse" a pagina 4 dell'Assistenza Plus:

- psicoterapia non effettuata da medico specialista o da psicoterapeuta;

- logopedia non effettuata da medico specialista o da logopedista

**R.45.** Non è consentito modificare il capitolato.

**D.46.** Nell' "All. 3a Capitolato Base AGCM", a pagina 7 all'art. 6 "PRESTAZIONI ESCLUSE" non compare l'esclusione relativa alle cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie come specificato all'art. 6 "PRESTAZIONI ESCLUSE" a pagina 6 dell'Assistenza Plus.

Si chiede di inserire nell'ambito dell'art. 6 "PRESTAZIONI ESCLUSE" la seguente esclusione: "le cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie salvo quanto previsto all'art. 5 lettera H" e di integrare la garanzia "H - CURE DENTARIE DIVERSE DA QUELLE CONSEGUENTI A INFORTUNIO" nel seguente modo: "in deroga a quanto previsto all'art. 6 "PRESTAZIONI ESCLUSE" la Cassa rimborsa le cure dentarie (…)"

Si chiede conferma di suddetta specifica.

**R.46.** Non è consentito modificare il capitolato.

**D.47.** Per prevenire eventuali contenziosi si propone di esplicitare le seguenti esclusioni inserendole nell'ambito dell'art. 6 "PRESTAZIONI ESCLUSE" dell' "All. 3a Capitolato Base AGCM":
"le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale";
" la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici".
Medesima proposta viene estesa anche all'assistenza Plus.

**R.47.** Non è consentito modificare il capitolato.

**D.48.** Al fine di ottimizzare l'ambito di operatività del Piano Sanitario si propone di integrare come segue la quartultima esclusione prevista all'art. 6 "PRESTAZIONI ESCLUSE" dell' "All. 3a Capitolato Base AGCM":

Laddove indicato "infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;" potrà leggersi "infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico e infortuni e le conseguenze causati dall'abuso di alcool e psicofarmaci".

Si chiede cortese conferma.

**R. 48.** L'indicazione riportata nel capitolato non richiede ulteriori precisazioni.

**D. 49.** Nell' "All. 3a Capitolato Base AGCM", a pag. 7 all'art. 7 "MODALITA' DI RIMBORSO – SERVIZI WEB" si legge "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".

Tale previsione prevarrà, di norma, rispetto all'applicazione dei 2 anni previsti dall'art. 2952, II° comma del Codice Civile per quanto concerne la prescrizione del diritto alle richieste di rimborso, e , nel caso in cui la denuncia arrivi successivamente l'assistito dovrà certificare le cause che hanno reso impossibile la denuncia del sinistro nei termini previsti.

Si chiede conferma dell'interpretazione.

La medesima interpretazione verrebbe applicata anche all'art. 7 "MODALITA' DI RIMBORSO – SERVIZI WEB" di cui all' "All. 3b Capitolato Assistenza Plus AGCM" e all'art. 7 "MODALITA' DI RIMBORSO – SERVIZI WEB" di cui all' "All. 3c capitolato grandi Rischi pensionati AGCM".

**R. 49.** L'indicazione riportata nel capitolato non richiede ulteriori precisazioni.

**D. 50.** All' art. 7 "MODALITA' DI RIMBORSO – SERVIZI WEB" previsto negli All. 3a Capitolato Base AGCM", "All. 3b Capitolato Assistenza Plus AGCM" e "All. 3c capitolato grandi Rischi pensionati AGCM" si legge: (…) La Cassa può richiedere eventuale documentazione 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 (…)" e "(…) Ogni diniego di rimborso deve essere motivato per iscritto dalla Cassa Anche per via elettronica."

Si chiede cortesemente conferma che:

- i termini previsti per la richiesta di integrazione possano decorrere dalla valutazione del sinistro, fermo restando che la valutazione naturalmente dovrà essere effettuata secondo correttezza e buona fede;

- la documentazione integrativa dovrà essere richiesta una sola volta a condizione che l'integrazione risulti esaustiva;

- l'eventuale diniego del rimborso e la motivazione possano essere comunicati all'assicurato tramite sms oppure e-mail.

- resta inteso che qualora il sinistro non dovesse essere integrato con la documentazione clinica necessaria, non potrà essere liquidato.

**R.50.** Non sussistono i presupposti per modificare il capitolato di gara.

**D.51**. All' "All. 3b Capitolato Assistenza Plus AGCM", a pag. 3 della lettera C – "PRESTAZIONI SPECIALISTICHE" si legge "(…) c) terapie: alcolizzazione (…)". Si ritiene necessario delimitare l'ambito di operatività della polizza e quindi è opportuno definire più precisamente quali sono le terapie di alcolizzazione oggetto della copertura.

Proponiamo di conseguenza, che vengano considerate terapie di alcolizzazione le terapie percutanee mediante iniezione di piccole quantità di alcool etilico.

Si chiede di confermare tale interpretazione o di specificare la formulazione più aderente alle proprie esigenze.

**R. 51.** L'indicazione riportata nel capitolato non richiede ulteriori precisazioni.

**D.52.** Con riferimento alla fisioterapia a seguito di infortunio e/o resa necessaria dalle patologie elencate al punto c) dell'art. C – "PRESTAZIONI SPECIALISTICHE dell' "All. 3b Capitolato Assistenza Plus AGCM", si chiede cortesemente di confermare che tali prestazioni fisioterapiche possano essere erogate in luogo ossia in alternativa e nei limiti previsti con l'articolo "L – FISIOTERAPIA RIABILITATIVA" con l'Allegato "All. 3a Capitolato Base AGCM".
E ciò sulla falsariga e in applicazione di quanto previsto anche per le prestazioni di cui agli articoli "E – CURE DENTARIE CONSEGUENTI A INFORTUNIO" e "F – OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE" in luogo ossia in sostituzione degli omologhi e rispettivi articoli previsti nell'allegato "All'3a Capitolato Base AGCM".

**R. 52.** Si conferma l'interpretazione.

**D.53.** Nell' "All. 3b Capitolato Assistenza Plus AGCM", a pagina 4 all'art. 6 - "PRESTAZIONI ESCLUSE" si legge "(…) logopedia non effettuata da medico specialista o da psicoterapeuta". Da ciò si deduce che la logopedia effettuata da psicologo, non essendo un medico specialista, sia da ritenersi esclusa.

Si chiede conferma della suddetta interpretazione.

**R. 53.** Si ribadisce che la logopedia rientra nella copertura assistenziale solo se effettuata da un medico specialista o da un logopedista.

**D. 54.** Nell' "All. 3b Capitolato Assistenza Plus AGCM", a pagina 4 all'Art. 6 "Prestazioni escluse" si legge "(…) Agopuntura (ove prevista) non effettuata da medico (…)".

Si chiede se è corretto che nel caso di prestazioni di agopuntura effettuata da medico le spese debbano essere liquidate nell'ambito della garanzia prevista alla lettera C – Prestazioni Specialistiche al punto c).

**R. 54.** Si precisa che l'agopuntura effettuata da un medico è ricompresa nella copertura prevista dal capitolato dell'Assistenza Plus.

**D. 55.** Nell' "All. 3c capitolato Assistenza Grandi Rischi Pensionati AGCM" non essendo presente l'articolo relativo alle esclusioni, si chiede di integrare l'Assistenza Grandi Rischi Pensionati con l'Art. 6 "Prestazioni escluse" dell'allegato "All. 1b capitolato Assistenza Plus " pagina 4 e seguenti.

**R. 55.** Non sussistono i presupposti per modificare il capitolato di gara.

**D. 56.** Per il Lotto 1 (Consob) é possibile ottenere l'indicazione dei premi imponibili in termini di volume complessivo in ognuna delle annualità (2012-2013-2014) considerate nelle statistiche e per l'annualità in corso?

**R. 56.** I premi imponibili in termini di volume complessivo per le annualità 2012-2013-2014 e per il 2015 (proiezione su base annuale):

2012 euro 756.478,08
2013 euro 1.182.205,18
2014 euro 1.173.703,25
2015 euro 1.161.472,39

**D. 57** Per il Lotto 1 (Consob) é possibile ottenere l'indicazione dei diversi livelli di premio per ciascuna categoria in ognuna delle annualità (2012-2013-2014) considerate nelle statistiche e per l'annualità in corso?

Intendendosi per "diversi livelli di premio per ciascuna categoria" i contributi per le diverse coperture relativi alle due categorie di personale "in servizio" e "in quiescenza", si riportano di seguito gli stessi per l'annualità 2012:

1) PERSONALE IN SERVIZIO

- Assistenza base: euro 1.380,00 per nucleo
- Assistenza aggiuntiva (facoltativa): euro 348,00 pro-capite
- Assistenza base per familiari fiscalmente non a carico (facoltativa): euro 936,00 pro-capite

2) PERSONALE IN QUIESCENZA

- Assistenza base euro 3.312,00 per nucleo
- Assistenza aggiuntiva (facoltativa) euro 348,00 pro-capite

- Assistenza base per familiari fiscalmente non a carico (facoltativa) euro 1.092,00 pro-capite
- Assistenza grandi rischi pensionati
    - Pensionato diretto e coniuge: euro 300,00 per nucleo
    - Figli fiscalmente a carico e anagraficamente conviventi (facoltativa): euro 150,00 pro-capite

Per le annualità 2013, 2014, nonché per l'annualità in corso i contributi sono i seguenti:

1) PERSONALE IN SERVIZIO

- Assistenza base: euro 1.490,40 per nucleo
- Assistenza plus (facoltativa): euro 376,20 per nucleo
- Assistenza base per familiari fiscalmente non a carico (facoltativa): euro 1.010,70 pro-capite
- Assistenza plus per familiari fiscalmente non a carico (facoltativa): euro 376,20 pro-capite

2) PERSONALE IN QUIESCENZA

- Assistenza base: euro 3.576,60 per nucleo
- Assistenza plus (facoltativa): euro 376,20 per nucleo
- Assistenza base per familiari fiscalmente non a carico (facoltativa) euro 1.179,00 pro-capite
- Assistenza plus per familiari fiscalmente non a carico (facoltativa) euro 376,20 pro-capite
- Assistenza grandi rischi pensionati
    - Pensionato diretto e coniuge: euro 306,00 per nucleo
    - Figli fiscalmente a carico e anagraficamente conviventi (facoltativa): euro 153,00 pro-capite

**D. 58** Per il Lotto 1 (Consob) é possibile conoscere l'attuale Compagnia Assicuratrice?

**RISPOSTA**: La copertura è attualmente prestata dal r.t.i. Assicassa (in qualità di mandataria) Unisalute s.p.a. (in qualità di mandante), risultato aggiudicatario di gara comunitaria.

**D. 59.** In riferimento all'allegato tabelle riepilogative delle statistiche sinistri Consob Lotto 1, si chiede se la serie storica dei sinistri concernente i Dipendenti (Titolari, Familiari a Carico e Familiari non a carico) e i Pensionati (Titolari, Familiari a Carico e Familiari non a carico) nelle diverse annualità considerate è relativa ai soggetti assicurati aderenti sia all'Opzione Base che all'Opzione Plus.

**R. 59.** Si rinvia alla documentazione di gara e si precisa che la serie storica indicata è relativa ai soggetti assicurati aderenti sia all'Opzione Base che all'Opzione Plus.

**D. 60.** Per il Lotto 1 (Consob) si chiede di indicare il numero di assicurati ( per ciascuna categoria) e la composizione media del nucleo fiscalmente a carico dei dipendenti in sevizio e dei dipendenti in quiescenza in ognuna delle annualità considerate (2012-2013-2014) così come indicato in riferimento al 2015 nel paragrafo 3.1.3 del Disciplinare di Gara.

**R. 60.** Si forniscono nelle tabelle seguenti i dati richiesti:

2012- Informazioni sugli aderenti al 31/08/2012

| | *STATO CIVILE* | *SESSO* | *Titolari* | *Età media* | *Titolari con familiari iscritti* | *N° familiari iscritti a carico* | *N° familiari iscritti NON a carico* | *Età media* | *Titolari senza familiari iscritti* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DIPENDENTI** | CELIBE/NUBILE | Maschi | 72 | | 11 | 7 | 7 | | 61 |
| | | Femmine | 71 | | 18 | 14 | 9 | | 53 |
| | ALTRO | Maschi | 151 | | 123 | 217 | 54 | | 28 |
| | | Femmine | 175 | | 136 | 210 | 60 | | 39 |
| | | **Totali** | 469 | 45anni e 3 mesi | 288 | 448 | 130 | 57anni e 4 mesi | 181 |

| | *STATO CIVILE* | *SESSO* | *Titolari* | *Età media* | *Titolari con familiari iscritti* | *N° familiari iscritti a carico* | *N° familiari iscritti NON a carico* | *Età media* | *Titolari senza familiari iscritti* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **PENSIONATI** | CELIBE/NUBILE | Maschi | | | | | | | |
| | | Femmine | | | | | | | |
| | ALTRO | Maschi | 17 | | 14 | 6 | 19 | | 2 |
| | | Femmine | 10 | | 4 | 2 | 6 | | 6 |
| | | **Totali** | 27 | 68anni e 6 mesi | 18 | 8 | 25 | 60anni e 3 mesi | 8 |

| | |
|---|---|
| NUMERO ISCRITTI DIPENDENTI | 1047 |
| NUMERO ISCRITTI PENSIONATI | 60 |
| TOTALE | 1107 |

| | |
|---|---|
| NUMERO ADESIONI alla ASSISTENZA "D" (AGGIUNTIVA) | 289 |
| NUMERO ADESIONI alla ASSISTENZA "I" (GRANDI RISCHI) | 1 |

| DIPENDENTI IN SERVIZIO | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|
| Dipendenti in servizio aderenti alla sola Assistenza "Base" | 177 | 171 | 169 |
| Dipendenti in servizio aderenti sia all'Assistenza "Base" sia all'Assistenza "Plus" | 366 | 360 | 358 |
| Dipendenti in servizio aderenti | 543 | 531 | 527 |
| Età media dei dipendenti in servizio aderenti | 44 anni e 5 mesi | 45 anni e 5 mesi | 46 anni e 5 mesi |
| Composizione media del nucleo fiscalmente a carico, compreso il capo nucleo (*) | 2,70 | 2,71 | 2,73 |
| Familiari facoltativamente assistibili dei dipendenti in servizio aderenti | 80 | 81 | 79 |
| Età media dei familiari facoltativamente assistibili dei dipendenti in servizio aderenti | 52 anni e 1 mesi | 51 anni e 4 mesi | 51 anni e 9 mesi |

| DIPENDENTI IN QUIESCENZA | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|
| Dipendenti in quiescenza aderenti alla sola Assistenza "Base" | 4 | 4 | 4 |
| Dipendenti in quiescenza aderenti sia all'Assistenza "Base" sia all'Assistenza "Plus" | 20 | 21 | 24 |
| Dipendenti in quiescenza aderenti | 24 | 25 | 28 |
| Età media dei dipendenti in quiescenza aderenti | 69 anni e 1 mesi | 69 anni e 11 mesi | 70 anni e 6 mesi |
| Composizione media del nucleo fiscalmente a carico, compreso il capo nucleo (**) | 2,00 | 2,00 | 2,00 |
| Familiari facoltativamente assistibili dei dipendenti in quiescenza aderenti | 20 | 22 | 23 |
| Età media dei familiari facoltativamente assistibili dei dipendenti in quiescenza aderenti | 70 anni e 11 mesi | 71 anni e 10 mesi | 72 anni e 9 mesi |
| Dipendenti in quiescenza aderenti all'Assistenza "Grandi rischi pensionati" | 4 | 4 | 4 |
| Età media dei dipendenti in quiescenza aderenti all'Assistenza "Grandi rischi pensionati" | 66 anni e 5 mesi | 67 anni e 5 mesi | 68 anni e 5 mesi |
| Numero dei figli dei dipendenti in quiescenza aderenti all'Assistenza "Grandi rischi pensionati" | 0 | 0 | 0 |
| Età media dei figli dei dipendenti in quiescenza aderenti all'Assistenza "Grandi rischi pensionati" | nd | nd | nd |

(*) Si precisa che la composizione media è riferita ai soli nuclei dei dipendenti in servizio con familiari a carico. In particolare, i nuclei con familiari fiscalmente a carico negli anni 2013, 2014 e 2015 sono rispettivamente 320, 326 e 320.

(**) Si precisa che la composizione media è riferita ai soli nuclei dei dipendenti in quiescenza con familiari a carico. In particolare, i nuclei con familiari fiscalmente a carico negli anni 2013, 2014 e 2015 sono rispettivamente 4, 5 e 5.

**D. 61.** Per il Lotto 2 (AGCM) è possibile ottenere l' indicazione dei premi imponibili in termini di volume complessivo in ognuna delle annualità (2012-2013-2014) considerate nelle statistiche e per l'annualità in corso?

**R. 61.** I premi imponibili in termini di volume complessivo per le annualità 2012-2013-2014-2015 sono i seguenti:

2012 euro 461.838,20

2013 euro 472.307,40

2014 euro 465.986,40

2015 euro 441.522,80

**D. 62.** Per il Lotto 2 (AGCM) è possibile ottenere l'indicazione dei diversi livelli di premio per ciascuna categoria in ognuna delle annualità (2012-2013-2014) considerate nelle statistiche e per l'annualità in corso?

**R. 62.** Intendendosi per "diversi livelli di premio per ciascuna categoria" i premi per le diverse coperture relativi alle due categorie di personale "in servizio" e "in quiescenza", si riportano di seguito gli stessi per le annualità 2012-2013-2014, nonché per l'annualità in corso:

1) PERSONALE IN SERVIZIO

- Assistenza base euro 1.584,20
- Assistenza aggiuntiva (facoltativa) euro 391,60 pro-capite
- Familiari fiscalmente non a carico (facoltativa) 712,00 pro-capite

2) PERSONALE IN QUIESCENZA

- Assistenza base euro 4.005,00
- Assistenza aggiuntiva (facoltativa) euro 418,30 pro-capite
- Familiari fiscalmente non a carico (facoltativa) 1.290,50 pro-capite

**D. 63.** Per il Lotto 2 (AGCM) è possibile conoscere l'attuale Compagnia Assicuratrice?

**R.63.** L'attuale Compagnia Assicuratrice a seguito di gara a rilevanza comunitaria per l'affidamento a terzi dell'assistenza sanitaria integrativa per il personale dell'Autorità è Unisalute S.p.A.

**D. 64.** In riferimento all'allegato tabelle riepilogative delle statistiche sinistri AGCM Lotto 2,si chiede se la serie storica dei sinistri nelle diverse annualità considerate è relativa ai soggetti assicurati aderenti sia all'Opzione Base che all'Opzione Plus.

**R. 64.** Si precisa che nell'allegato tabelle riepilogative delle statistiche sinistri AGCM Lotto 2, la serie storica indicata è relativa ai soggetti assicurati aderenti sia all'Opzione Base che all'Opzione Plus.

**D. 65**. In riferimento all'allegato tabelle riepilogative delle statistiche sinistri AGCM Lotto 2,si chiede se la serie storica dei sinistri nelle diverse annualità considerate è relativa ai soli titolari o include anche i familiari?

**R. 65.** Si precisa che all'allegato tabelle riepilogative delle statistiche sinistri AGCM Lotto 2, la serie storica dei sinistri nelle diverse annualità considerate è relativa sia ai titolari che ai familiari fiscalmente e non fiscalmente a carico.

**D.66.** In riferimento all'allegato tabelle riepilogative delle statistiche sinistri AGCM Lotto 2, si chiede di precisare la data di estrazione delle statistiche?

**R. 66.** Le statistiche riportate nell'allegato sono aggiornate al giugno 2015.

**D. 67.** Per il Lotto 2 (AGCM) si chiede di indicare il numero di assicurati (per ciascuna categoria) e la composizione media del nucleo fiscalmente a carico dei dipendenti in sevizio e dei dipendenti in quiescenza in ognuna delle annualità considerate (2012-2013-2014) così come indicato in riferimento al 2015 nel paragrafo 3.2.3 del Disciplinare di Gara.

**R. 67.** Nella tabella che segue, si riporta il numero di assicurati (per ciascuna categoria) e la composizione media del nucleo fiscalmente a carico dei dipendenti in servizio e dei dipendenti in quiescenza in ognuna delle annualità 2012-2013-2014:

| | **2012** | **2013** | **2014** |
|---|---|---|---|
| **personale dipendente** | | | |
| titolari assicurati | 211 | 223 | 218 |
| totale assicurati | 511 | 512 | 532 |
| copertura base | 385 | 390 | 423 |
| copertura aggiuntiva | 126 | 122 | 109 |
| composizione media nucleo fiscalmente a carico | 2,11 | 2,03 | 2,1 |
| | | | |
| **personale in quiescenza** | | | |
| titolari assicurati | 9 | 9 | 5 |
| totale assicurati | 16 | 16 | 10 |
| copertura base | 13 | 13 | 7 |
| copertura aggiuntiva | 3 | 3 | 3 |
| composizione media nucleo fiscalmente a carico | 1,3 | 1,3 | 1,6 |

**D. 68.** Con riferimento a quanto indicato all'art.1 pag. 14 dell'Allegato 1 lotto 1 - Consob Schema di Contratto, se il Contraente è la stessa Cassa di Assistenza, a chi fanno carico gli oneri tributari e le spese contrattuali ?"

**R. 68** Detta clausola va intesa nel senso che gli oneri tributari e le spese contrattuali fanno carico alla Cassa.

**D. 69.** E' stato chiesto di conoscere "i tassi attualmente in corso".

**R. 69.** Nel presupposto che per "tassi" l'operatore economico intenda "premi" o meglio "contributi", si rinvia alle precedenti risposte **R. 57** e **R. 62.**

**D. 70.** Le condizioni da capitolato di gara differiscono o sono uguali rispetto a quelle attualmente in vigore? Nel caso in cui differiscano, chiediamo che vengano esplicitate le differenze.

**R. 70.** Per quanto concerne Consob le assistenze previste dai capitolati ricalcano essenzialmente le coperture in essere. Come previsto dalla documentazione di gara l'offerta dovrà essere formulata sulla base dei capitolati di polizza di cui alla presente procedura, fatti salvi gli eventuali miglioramenti proposti dai concorrenti nell'ambito delle offerte tecniche. Nella tabella che segue si riportano le principali innovazioni previste nei nuovi capitolati:

| **PRESTAZIONI** | **ASSISTENZA BASE** | **ASSISTENZA OPZIONE PLUS (Facoltativa)** |
|---|---|---|
| **Prestazioni Specialistiche** | - | Scoperti non in convenzione diretta. Scoperto 20% con il minimo di € 120 per ciclo di cura (Si precisa che nella polizza in essere, come risultante dalla gara svolta nel 2012, lo scoperto è del 10% con un minimo pari a € 75) |
| **Cure dentarie (diverse da quelle conseguenti a infortunio)** | Cure dentarie in convenzione diretta (**visite e igiene, otturazioni**: nessuna franchigia - **parodontologia**: scoperto 20% - **Protesi, implantologia, ortodonzia**: scoperto 40%) con un massimo di € 500,00 anno/nucleo (garanzia non prevista in precedenza). | - |
| **Long Term Care** | Garanzia non più prevista | Garanzia non più prevista |

Per quanto concerne AGCM, in considerazione della diversa articolazione tra le attuali condizioni e quelle previste da capitolato di gara, in allegato si riportano i capitolati relativi alla precedente procedura, ed in particolare:

- All. 1 copertura base personale dipendente
- All. 2 copertura aggiuntiva
- All. 3 copertura base personale in quiescenza

**D. 71.** All'art.3.1.4 pag.5 di 42 del Disciplinare di Gara si parla di prestazioni mediche di emergenza. A quali prestazioni riportate nel capitolato si deve far riferimento?

**R. 71.** E' necessario far riferimento al generico concetto di urgenza.

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

*Questo modulo deve essere compilato dall'interessato, rispondendo specificatamente a tutte le domande e regolarmente sottoscritto.*

TITOLARE DELL'ASSISTENZA:

Io sottoscritto..... (cognome e nome)

..... (data di nascita) ..... (telefono)

Indirizzo..... (via e numero) ..... (c.a.p.) ..... (città)

1) È MAI STATO RICOVERATO IN CASA DI CURA, OSPEDALI, ECC., PER MALATTIE O INFORTUNI? no ☐ si ☐ — EPOCA ..... — MOTIVO DEL RICOVERO (Diagnosi) .....

HA SUBITO INTERVENTI OPERATORI? no ☐ si ☐ — EPOCA ..... — MOTIVO DEL RICOVERO (Diagnosi) .....

2) HA SOFFERTO O SOFFRE DI MALATTIE? IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA SPECIFICARNE IL TIPO, L'EPOCA DI INSORGENZA E LA DURATA

| | | | | DURATA | EPOCA |
|---|---|---|---|---|---|
| DELL'APPARATO RESPIRATORIO? | no ☐ | si ☐ | pleuriti ☐ | ..... | ..... |
| | | | broncopatie ☐ | ..... | ..... |
| | | | enfisema ☐ | ..... | ..... |
| | | | tumori ☐ | ..... | ..... |
| | | | altre ☐ | ..... | ..... |
| DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO? | no ☐ | si ☐ | infarto ☐ | ..... | ..... |
| | | | angina pectoris ☐ | ..... | ..... |
| | | | ipertensione ☐ | ..... | ..... |
| | | | insuff. cardiaca ☐ | ..... | ..... |
| | | | varici ☐ | ..... | ..... |
| | | | arteriopatie ☐ | ..... | ..... |
| | | | altre ☐ | ..... | ..... |
| DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE? | no ☐ | si ☐ | epilessia ☐ | ..... | ..... |
| | | | ictus cerebrale ☐ | ..... | ..... |
| | | | morbo di Parkinson ☐ | ..... | ..... |
| | | | tumori ☐ | ..... | ..... |
| | | | malattie psichiatriche ☐ | ..... | ..... |
| | | | altre ☐ | ..... | ..... |
| DEL SISTEMA ENDOCRINO E DEL METABOLISMO? | no ☐ | si ☐ | diabete mellito ☐ | ..... | ..... |
| | | | gotta ☐ | ..... | ..... |
| | | | alt. tiroide e paratiroidi ☐ | ..... | ..... |
| | | | altre ☐ | ..... | ..... |

| | | | | | DURATA | EPOCA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DELL'APPARATO UROLOGICO? | no ☐ | si ☐ | nefrite<br>calcolosi renale<br>insuff. renale<br>tumori<br>altre | ☐<br>☐<br>☐<br>☐<br>☐ | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| DELL'APPARATO GENITALE? | no ☐ | si ☐ | m. della prostata<br>m. della mammella<br>m. delle ovaie<br>m. dell'utero<br>altre | ☐<br>☐<br>☐<br>☐<br>☐ | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| DELL'APPARATO DIGERENTE? | no ☐ | si ☐ | gastrite<br>ulcera gastro-duedenale<br>malattie dell'intestino<br>tumori<br>cirrosi epatica<br>epatite<br>calcolosi epatica<br>altre | ☐<br>☐<br>☐<br>☐<br>☐<br>☐<br>☐<br>☐ | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| MALATTIA DELL'APPARATO OSTEO-ARTICO-LARE E LOCOMOTORE? | no ☐ | si ☐ | artrosi<br>artride reumatoide<br>distrofia muscolare<br>altre | ☐<br>☐<br>☐<br>☐ | .....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>..... |
| DEL SANGUE? | no ☐ | si ☐ | anemie<br>malattie emorragiche<br>leucemie<br>altre | ☐<br>☐<br>☐<br>☐ | .....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>..... |
| DELL'APPARATO VISIVO? | no ☐ | si ☐ | cataratta<br>distacco retina<br>glaucoma<br>altre<br>indicazione del visus | ☐<br>☐<br>☐<br>☐<br>☐ | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |

| | | | EPOCA | MOTIVAZIONE SANITARIA |
|---|---|---|---|---|
| 3) È STATO SOTTOPOSTO A TERAPIA RADIANTE? | no ☐ | si ☐ | ..... | ..... |

| | | | | | ENTITÀ |
|---|---|---|---|---|---|
| 4) HA IMPERFEZIONI FISICHE O FUNZIONALI? (specificarne la natura e l'entità) | no ☐ | si ☐ | alterazioni uditive<br>alterazioni degli arti<br>altre | ☐<br>☐<br>☐ | .....<br>.....<br>..... |
| SOFFRE DI PATOLOGIE CONGENITE? | no ☐ | si ☐ | quali | ☐ | ..... |

| | | | | | ESITI |
|---|---|---|---|---|---|
| 5) HA SUBITO TRAUMI O FRATTURE O LESIONI ACCIDENTALI? (specificarne l'esito) | no ☐ | si ☐ | del cranio<br>degli organi di senso<br>degli arti<br>di altre sedi | ☐<br>☐<br>☐<br>☐ | .....<br>.....<br>.....<br>..... |

(*) Crocettare la casella che interessa, specificando dove richiesto

Si conferma che le dichiarazioni da me sopra fornite sono veritiere e complete e si riconosce che le stesse si riferiscono a circostanze essenziali agli effetti dell'erogazione dell'assistenza da parte della

In attesa di conoscere le determinazioni che verranno adottate, porgo distinti saluti.

....., li.....

.....
(firma)

AUTORITA' GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO

# CAPITOLATO TECNICO DELLA GARA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI COPERTURA DELLE SPESE SANITARIE PER IL PERSONALE DELL'AUTORITA'

## "ASSISTENZA 1 – BASE

## DIPENDENTI

COPERTURA COLLETTIVA
PER L'EROGAZIONE AL PERSONALE IN SERVIZIO
DELLA AUTORITA' GARANTE
DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO
DI RIMBORSI E CONTRIBUTI ECONOMICI
IN OCCASIONE DI SPESE SANITARIE PER
MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO"

**Numero gara: 643847 CIG [0601702C2F]**

Per presa visione (timbro e firma): _____

ART. 1) ASPETTI GENERALI ..... 3
ART. 2) ASSISTITI E OPERATIVITA' DELLA COPERTURA ..... 3
ART. 3) LIMITI DI ASSISTENZA ..... 5
ART. 4) PRESTAZIONI ..... 5
ART. 5) PRESTAZIONI ESCLUSE ..... 11
ART. 6) CRITERI E MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI RIMBORSO ... 12
ART. 7) CONTROVERSIE ..... 14
ART. 8) FORO COMPETENTE ..... 14
ART. 9) REGOLAZIONE DEL CONTRIBUTO ..... 14
ART. 10) OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO ..... 14



Per presa visione (timbro e firma): _____

## ART. 1) ASPETTI GENERALI

La Compagnia di Assicurazione ..... (in seguito denominata Compagnia) aggiudicataria della gara per la stipula di un contratto concernente il servizio di copertura delle spese sanitarie in favore del personale della Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (in seguito denominato Autorità), e la Cassa ..... (in seguito denominata Cassa) sulla base di specifici accordi intervenuti tra di esse, si impegnano, sulla base del presente contratto, ad erogare al personale dell'Autorità di cui al successivo Art. 2 (in seguito denominati Assistiti) indennizzi, rimborsi di spesa e contributi economici per i casi di malattia, infortunio e parto secondo le norme di seguito indicate.

Dette prestazioni verranno rese per il tramite della citata ..... , Cassa di Assistenza iscritta all'Anagrafe dei Fondi Integrativi Sanitari di cui al Decreto del Ministro del Lavoro del 27/10/2009, idonea ad assumere la contraenza del programma di rimborso.

La durata del servizio è di anni tre, con possibilità di recesso da ambo le parti dopo il primo biennio mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte – e anticipata a mezzo telefax - almeno 180 giorni prima di tale scadenza - fermo che non e' consentito alla Compagnia/Cassa inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste. L'assunzione del rischio da parte della Compagnia/Cassa decorre dalle ore 24:00 del 28/2/2011 e fino alle ore 24:00 del 28/2/2014.

E' facoltà dell'Autorità richiedere alla Compagnia/Cassa il rinnovo del servizio – entro il 31.8.2013 - per una ulteriore annualità, laddove ritenuto opportuno e secondo la normativa vigente.

E' facoltà e libera scelta dell'Assistito ottenere le prestazioni mediche coperte dal presente contratto secondo le modalità dell'Assistenza Diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista.

Per malattia ed infortunio di intendono, rispettivamente: "ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio" e "ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili".

## ART. 2) ASSISTITI E OPERATIVITA' DELLA COPERTURA

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo art. 4, è prestata a favore dell'Assistito e si estende al coniuge ed ai figli fiscalmente a carico senza pagamento di ulteriori quote.

L'assistenza può inoltre includere, su richiesta dell'Assistito e dietro pagamento di specifiche quote capitarie, il coniuge e i figli fiscalmente non a carico (anche se non conviventi), il convivente more uxorio e i figli di questo, nonché gli altri parenti ed affini entro il 3° grado, anagraficamente conviventi con l'Assistito siano o no a carico dello stesso.

L'inserimento in assistenza di tali familiari deve riguardare tutti i componenti risultanti dallo stato di famiglia dell'Assistito (purché a loro volta assistibili); nel caso di inserimento del coniuge o di un figlio non conviventi e fiscalmente non a carico, è obbligatorio l'inserimento anche degli altri figli e/o del coniuge del dipendente anagraficamente conviventi con il coniuge/figlio che si intende inserire. Dall'obbligo di inserimento in assistenza di tutti i familiari assistibili sono esclusi:



Per presa visione (timbro e firma): _____

- I familiari assistibili che già beneficiano di "analoga assistenza", da intendersi come altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal proprio datore di lavoro;
- Il convivente more uxorio e i figli di questo. Peraltro, l'inserimento in assistenza di uno dei soggetti in questione comporta l'obbligatorio inserimento di tutti i familiari assistibili rientranti nello stato di famiglia del dipendente.

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

Per gli Assistiti diversi da coniuge, figli, convivente more uxorio e figli di questo, fratello e sorella (fatta eccezione per coloro che aderiscono alla presente copertura senza soluzione di continuità da precedente copertura assistenziale) e per tutti gli Assistiti al superamento del 75° anno di età, è fatto obbligo di compilare e trasmettere alla Cassa un questionario anamnestico. Il diritto alle prestazioni, ovvero il mantenimento delle stesse, è subordinato all'accettazione da parte della Cassa che avverrà a mezzo di comunicazione scritta. Ove venissero successivamente accertate omissioni o dichiarazioni non veritiere, queste renderebbero inattivabile il ricorso alle prestazioni della Cassa e comporterebbero l'esclusione da ogni diritto al rimborso del contributi nel frattempo versati.

L'assistenza è operante:

- senza limitazioni territoriali, in quanto vale per il mondo intero;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti;
- durante il permanere del rapporto di lavoro con l'Autorità sottoscrittore e fino alla prima scadenza annuale dell'assistenza in caso di cessazione del rapporto di lavoro stesso. In caso di decesso del dipendente, il nucleo già assistito avrà facoltà, con oneri a proprio totale carico, di proseguire nell'assistenza fino alla scadenza della presente contratto; a tal fine, un familiare dovrà subentrare nella posizione di titolare dell'assistenza e pagare il Contributo, ove ancora dovuto, previsto per quest'ultimo.
- dalla data dell'evento (assunzione, nascita/adozione/affidamento di un figlio, matrimonio, rientro da aspettativa, insorgere di convivenza more-uxorio, insorgere di convivenza per il parente ed affine entro il 3° grado, venir meno di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro) purché la comunicazione alla Cassa avvenga entro trenta giorni dall'evento stesso.

Per gli Assistiti già aderenti alla previgente copertura collettiva, nonché per i dipendenti assunti o rientrati da aspettativa con decorrenza successiva al 31.1.2011, e per i casi di nascita/adozione/affidamento di un figlio, matrimonio, convivenza more uxorio, insorgere di convivenza con parenti o affini entro il 3° grado, venir meno di "analoga assistenza" come sopra definita (purché gli inserimenti vengano effettuati entro i trenta giorni dall'evento ) non è previsto alcun termine di aspettativa.

L'intervento della Cassa in favore dei neoassistiti che non hanno rispettato il termine dei trenta giorni è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni di:

- 270 giorni per il parto;
- 180 giorni per la cura delle malattie croniche, recidivanti, e per la cura delle malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.



Per presa visione (timbro e firma): _____

## ART. 3) LIMITI DI ASSISTENZA

I contributi economici di cui all'art. 1 sono erogati, per le prestazioni di cui al presente contratto, fino alla concorrenza della complessiva somma annua di € 160.000,00 (centosessantamila/00), fermo quanto previsto dal successivo art. 4 PRESTAZIONI, ove per limite di assistenza per nucleo familiare assistito si intende la disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assistito (di cui al precedente art. 2) per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale. Tale somma si intenderà raddoppiata in caso di grande intervento chirurgico (compreso nell'allegato elenco). Inoltre, qualora il nucleo assistito sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/1992, ovvero certificato dalla ASL con totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa, il limite di assistenza si intenderà maggiorato del 20%.

Nel caso di inserimento in assistenza in corso d'anno, i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

## ART. 4) PRESTAZIONI

### A. *PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA*

Il rimborso riguarda:

1. in caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in regine di ricovero o day hospital presso istituto di cura ovvero in regime ambulatoriale:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali gli esami post intervento durante il ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i grandi interventi, per quelli effettuati in convenzione diretta e per i giorni di degenza in unità coronariche ed assimilate, unità di terapia intensiva e sub intensiva);
- accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nel 100 gg precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuati nel 120 gg successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico; trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nel 180 gg successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico.

In caso di parto cesareo il rimborso massimo sarà pari a € 6.000,00 (seimila/00) per evento, con applicazione dello scoperto previsto al punto B per i ricoveri fuori convenzione.

2. In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico:

- Accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, riguardanti il periodo di ricovero;
- Rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in convenzione diretta e per i giorni di degenza in unità coronariche ed



Per presa visione (timbro e firma): _____

assimilate, unità di terapia intensiva e sub intensiva);

- Accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche specialistiche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 gg precedenti e nei 60 gg successivi al ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

3. In caso di parto fisiologico:

- sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in convenzione diretta).

Il rimborso complessivo massimo sarà comunque pari a € 3.000,00 (tremila/00) per evento.

4. Per il neonato:

- Retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica con il limite massimo di € 1.500,00 (millecinquecento/00) anno/nucleo.

5. Trasporto

- Le spese di trasporto dell'assistito infermo all'istituto di cura e viceversa – in caso di intervento chirurgico - con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ad eccezione dell'autovettura privata), con un massimo di € 1.300,00 (milletrecento) per ricovero (sia in Italia che all'estero).

Nei casi in cui nei capoluoghi di provincia di residenza dell'Assistito non esistessero strutture sanitarie (ospedali o case di cura private o pubbliche) in convenzione diretta nonché nei casi in cui, per la presenza di una lista di attesa, la struttura non possa effettuare un ricovero urgente, verranno rimborsate agli Assistiti le spese documentate per il trasporto ferroviario, in 1° classe, dal luogo di residenza al capoluogo di provincia ove esistono strutture sanitarie (ospedali o case di cura private o pubbliche) convenzionate, e ritorno. Per gli Assistiti della Sicilia e della Sardegna, il rimborso riguarderà anche il trasporto aereo o navale, da e per il continente.

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura non convenzionato richiede il pagamento di un anticipo, vengono rimborsate all'Assistito che ne faccia domanda le spese sostenute a tale titolo entro il 50% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

### *B. SCOPERTI, FRANCHIGIE E LIMITI DI PRESTAZIONI*

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A punto 1) prevede:

- Per i grandi interventi chirurgici, quali indicati nell'allegato elenco, non verrà applicato alcuno scoperto/franchigia né limiti alla retta di degenza;
- Per gli interventi (compreso il parto cesareo) **non in convenzione diretta**:

  - se effettuati in regime di ricovero, l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 1.300,00 (milletrecento/00) oltre ai limiti di rimborso pro die di € 260,00 giornalieri per la retta di degenza.

  - se effettuati in regime ambulatoriale o di day hospital, l'applicazione di una franchigia fissa di € 500,00 (cinquecento/00);



Per presa visione (timbro e firma): _____

- Per gli interventi **in totale regime di convenzione diretta** (sia struttura sanitaria che equipe medica):

  - se effettuati in regine di ricovero, l'applicazione di una franchigia fissa di € 1.300,00 (milletrecento/00);

  - se effettuati in regime ambulatoriale o di day hospital, l'applicazione di una franchigia fissa di € 300,00 (trecento/00).

Qualora la degenza abbia luogo presso un centro convenzionato, ma l'assistito si avvalga, per l'intervento, di equipe medico-chirurgica non convenzionata, è comunque attivabile, a termini del successivo Art. 6, il regime di assistenza diretta per le spese di ricovero con la Struttura Sanitaria Convenzionata con la seguente modalità:

- sulla parte di spesa relativa al ricovero presso la Struttura Sanitaria Convenzionata verrà applicata una franchigia fissa di Euro 500,00 (cinquecento/00),

- sulla parte di spesa relativa alle prestazioni dell'equipe medico-chirurgica non convenzionata verrà applicato uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 800,00 (ottocento/00).

Gli interventi oculistici di chirurgia rifrattiva e con laser ad eccimeri sono ammessi a rimborso nei soli casi di asinometria superiore a quattro diottrie o di deficit visivo, anche di un solo occhio, pari o superiore a sei diottrie. Il limite di rimborso per tali interventi è pari ad € 500,00 (cinquecento/00) per occhio e per anno con il limite di € 1.000,00 (mille/00) per anno e per nucleo.

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A punto 2) prevede:

- Per i Ricoveri **non in convenzione diretta**:

  - applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 1.300,00 (milletrecento/00) oltre ai limiti di rimborso pro die di € 260,00 giornalieri per la retta di degenza.

  - se effettuati in regime ambulatoriale o di day hospital, l'applicazione di una franchigia fissa di € 500,00 (cinquecento/00);

- Per i Ricoveri **in regime di convenzione diretta**:

  - applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 500,00 (cinquecento/00);

  - se effettuati in regime ambulatoriale o di day hospital, l'applicazione di una franchigia fissa di € 300,00 (trecento/00);

Per i ricoveri **a carico del S.S.N.**, il rimborso delle spese per prestazioni effettuate nei giorni precedenti e successivi il ricovero nonché della "differenza di classe" relativa alle spese di degenza (entrambe nei limiti previsti alla precedente lett. A) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto.

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A punti 3), 4) e 5) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto, fermo restando il limite di € 260,00 giornalieri per le rette di degenza non in convenzione diretta.

### C. *PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI*

Il rimborso riguarda le "prestazioni di alta diagnostica" e "prestazioni specialistiche" di cui ai punti successivi punti 1 e 2), con il limite assistenziale complessivo di € 6.500,00 (seimilacinquecento/00) per anno/nucleo (da intendersi maggiorato del 20% qualora nel nucleo assistito sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi delle legge 104/1992 ovvero certificato dalla ASL



Per presa visione (timbro e firma): _____

come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa), con sotto-limite di € 2.000,00 (duemila/00) anno/nucleo per le prestazioni specialistiche, nel cui ambito opera un ulteriore sottolimite pari ad € 1.000,00 (mille/00) anno/nucleo per le prestazioni di psicoterapia di cui al successivo punto 2) lettera c.

1) **PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA**

AGOASPIRATO;

AMNIOCENTESI oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologie delle gestante o del feto;

ANGIOGRAFIA;

ANGIOGRAFIA DIGITALE;

ARTERIOGRAFIA DIGITALE;

ARTROFRAFIA;

BRONCOGRAFIA;

BRONCOSCOPIA;

CARDIOTAC;

CISTERNOGRAFIA;

CLISMA OPACO;

CISTOGRAFIA;

CISTOSCOPIA;

COLONSCOPIA;

COLANGIOGRAFIA;

COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA;

COLECISTOGRAFIA;

CORONAROGRAFIA;

DOC;

DOPPLER;

DUODENOSCOPIA;

ECOCARDIOGRAMMA;

ECODOPPLER;

ECOCOLORDOPPLER;

ECOGRAFIA;

ELETTROCARIDOGRAFIA;

ELETTROENCAFALOGRAFIA;

ESAME CITOLOGICO;



Per presa visione (timbro e firma): _____

ESAME ISTOLOGICO;

ESOFAGOSCOPIA;

FLUORANGIOGRAFIA RETINICA;

GALATTOGRAFIA;

GASTROSCOPIA;

HOLTER;

LASERTERAPIA;

LINFOGRAFIA;

MAMMOGRAFIA;

MIELOGRAFIA;

MOC;

PANCOLONSCOPIA;

PET;

RADIONEFROGRAMMA;

RECTOSIGMOIDOCOLONSCOPIA;

RETINOGRAFIA;

RETTOSCOPIA;

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE;

RX ESOFAGO ;

RX TUBO DIGERENTE;

SCINTIGRAFIA;

SPECT;

TAC;

TELECUORE;

UROFLUSSOMETRIA;

UROGRAFIA;

VILLOCENTESI oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologie delle gestante o del feto;

**2) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE**

a) Onorari medici specialistici per visite e prestazioni (escluse quelle odontoiatriche, ortodontiche e pediatriche), visite omeopatiche;

b) Analisi ed esami diagnostici ivi compresi gli onorari dei medici (con esclusione di quelli già previsti al precedente punto 1);



Per presa visione (timbro e firma): _____

*Le prestazioni di cui ai punti a e b sono rimborsabili 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, tutte le forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche. Le suindicate terapie sono rimborsabili solo se effettuate da medico e dietro prescrizione medico-specialistica attestante una diagnosi documentata ed accertata. Relativamente alla psicoterapia, alla logopedia e alla fisioterapia le stesse sono rimborsabili anche se effettuate rispettivamente da psicoterapeuta, da logopedista iscritto all'albo e da fisioterapista diplomato.

d) Cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio, effettuate in ambulatorio.

La fisioterapia e le cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio (lett. c e d del presente punto 2), saranno rimborsate solo se documentate da apposita certificazione ospedaliera comprovante l'avvenuto infortunio.

Le prestazioni di cui alla lettera C – Prestazioni extraospedaliere e/o ambulatoriali - vengono rimborsate con uno scoperto del 20% con il minimo di

- € 65,00 se effettuate in regime di convenzione diretta;

- € 90,00 se effettuate non in regime di convenzione diretta.

Al fine dell'applicazione di un unico scoperto, la richiesta di rimborso dovrà essere presentata al termine del ciclo di cura.

I ticket relativi alle prestazioni di cui alla lettera C – Prestazioni extraospedaliere e/o ambulatoriali vengono rimborsati senza l'applicazione di scoperto e gli stessi andranno presentati con cadenza semestrale (30 giugno e 31 dicembre di ogni anno).

### *D. PROTESI*

Il rimborso riguarda le spese sostenute per acquisto e riparazioni di protesi ortopediche, definite come "sostituzione artificiale di parte anatomica" con il limite anno/nucleo di € 1.100,00 (millecento/00).

### *E. CURE ONCOLOGICHE*

Il rimborso riguarda le spese sostenute con il limite di € 10.000,00 (diecimila/00) anno/nucleo, in seguito a patologie oncologiche per:

- Assistenza infermieristica domiciliare;
- Visite specialistiche;
- Chemioterapia
- Terapie radianti.

Il rimborso delle suindicate prestazioni (qualora già previste dalla precedente lett. C), avverrà utilizzando in primo luogo il limite di assistenza indicato alla presente lett. E, ovvero, in caso di esaurimento dello stesso, utilizzando quello indicato alla precedente lett. C

Le prestazioni di cui alle lettera E vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto.



Per presa visione (timbro e firma): _____

### F. *TRATTAMENTI FISIOTERAPICI*

Il rimborso riguarda le spese sostenute per i trattamenti fisioterapici prescritti da medico specialista ed eseguiti da persone in possesso dei titoli abilitativi previsti dal Decreto del Ministero della Sanità 27/7/2000 pubblicato sulla G.U. n. 190 del 16/08/2000 con il limite di € 1.000,00 (mille/00) anno/nucleo.

Le prestazioni sopra indicate vengono accordate con uno scoperto del 25% con il minimo di € 100,00 per ciclo di cura (massimo 10 sedute).

### G. *LONG TERM CARE*

Per il solo titolare dell'Assistenza Base e relativamente alle sole malattie manifestatesi ed ai soli infortuni occorsi durante il periodo di vigenza del presente contratto che comportino esiti invalidanti permanenti o semi permanenti che determinino uno stato di non autosufficienza tale da rendere necessaria una continuativa assistenza anche per le esigenze della vita quotidiana, vengono rimborsate le spese documentate di assistenza anche domiciliare e/o quelle di ricovero presso strutture specializzate, nel limite di € 5.000,00 (cinquemila/00) per anno/persona.

## ART. 5) PRESTAZIONI ESCLUSE

Rimangono 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 ad intervento chirurgico oncologico;
- Interventi di chirurgia rifrattiva e trattamenti con laser a eccimeri salvo quanto previsto dall'Art. 4 punto B;
- I ricoveri causati dalla necessità dell'assistito infermo di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza salvo quanto previsto all'Art. G "Long Term Care";
- Agopuntura e prestazioni fisioterapiche (ove previste) se non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato;
- Psicoterapia se non effettuata da medico specialista o da psicoterapeuta;
- Logopedia se non effettuata da medico specialista o da logopedista iscritto all'Albo;
- Cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie salvo quanto previsto all'art. 4 lett. C punto 2 sub d);
- Infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;
- Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motociclistiche 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;



Per presa visione (timbro e firma): _____

- Infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose.

## ART. 6) CRITERI E MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI RIMBORSO

L'Assistito può, a sua scelta, avvalersi della procedura di assistenza diretta presso strutture e/o medici convenzionati oppure anticipare in proprio le spese e richiederne successivamente il rimborso (assistenza indiretta)

A. ASSISTENZA DIRETTA

Il servizio può essere richiesto in caso di:

a) ricovero con o senza intervento chirurgico (con o senza pernottamento, incluso quindi day-hospital e day-surgery)

b) prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica o specialistiche;

c) cure oncologiche

In caso di interventi chirurgici l'assistenza diretta può essere attivata anche quando la relativa convenzione sia vigente con l'istituto/casa di cura ma non con il medico scelto dall'assistito. In tal caso, il regime di assistenza diretta e le relative tariffe operano per le prestazioni diverse da quelle dell'intervento chirurgico, anche se connesse con l'intervento stesso, secondo la disciplina di seguito riportata, per quanto applicabile.

Il servizio viene attivato con le modalità di seguito riportate

1. Primo contatto telefonico con la Centrale operativa

Per accedere al servizio di assistenza diretta l'Assistito deve telefonare preventivamente alla Centrale operativa: ordinariamente, la telefonata di richiesta del servizio deve avvenire almeno 5 giorni prima rispetto alla data della prestazione/ricovero previsti; la Centrale operativa è comunque a disposizione per intervenire, quando è possibile, anche in situazioni impreviste di urgenza. Nel corso del primo contatto, l'Assistito deve indicare gli estremi del contratto, la Struttura sanitaria convenzionata prescelta e l'equipe medica della quale intende avvalersi (la Centrale operativa è così messa in condizione di verificare se l'equipe medica sia convenzionata, avuto riguardo all'esistenza o meno di un convenzionamento con il primo operatore o con il medico titolare del ricovero). L'Assistito deve inoltre fornire i recapiti telefonici per essere successivamente ricontattato.

La scelta della Struttura sanitaria e del medico spetta sempre all'Assistito.

La Centrale operativa è a disposizione per fornire informazioni sulla rete di strutture sanitarie.

2. Adempimenti successivi

Successivamente alla telefonata di primo contatto – e comunque almeno 3 giorni prima del ricovero – l'Assistito deve trasmettere (via fax/mail) alla Centrale operativa la certificazione medica attestante la diagnosi e la tipologia di prestazione sanitaria richiesta. Ove necessario, l'Assistito viene contattato da un medico della Centrale operativa per l'acquisizione di ulteriori informazioni.

3. Risposta della Centrale operativa

Dopo aver verificato, sulla base di quanto emerso a seguito del primo contatto telefonico, della certificazione medica e dell'eventuale colloquio con il medico, che la garanzia assicurativa è, nella fattispecie, operante, la Centrale operativa conferma telefonicamente all'Assistito – entro il giorno antecedente al ricovero – l'accesso al servizio di pagamento diretto alla Struttura sanitaria e alla



Per presa visione (timbro e firma): _____

equipe medica convenzionate, evidenziando contestualmente eventuali delimitazioni di garanzia previste dal contratto, quali franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di massimale.

Se, prima della prestazione, la Centrale operativa ritiene, per quanto valutato in base alle informazioni ricevute, di escludere, nella fattispecie, l'operatività della garanzia, ovvero di non poter formulare un giudizio in merito, ne da immediata notizia telefonica all'Assistito, chiarendo i motivi alla base di tale decisione. Successivamente, l'Assistito potrà comunque inviare la certificazione delle spese sostenute alla Cassa, unitamente alla relativa documentazione medica, per richiedere l'indennizzo nella forma di rimborso delle spese. La Cassa provvederà ad un'ulteriore valutazione del caso sulla base della documentazione complessivamente acquisita e a corrispondere l'indennizzo, se dovuto. Se ex post venga accertato che l'assistito avrebbe avuto titolo all'assistenza diretta, il rimborso verrà corrisposto in base alle condizioni del convenzionamento, totale o parziale.

Per usufruire del servizio di pagamento diretto, l'Assistito, all'atto dell'accesso alla Struttura sanitaria convenzionata, deve controfirmare il documento di autorizzazione, inviato dalla Centrale operativa alla Struttura sanitaria, ove sono specificate le spese direttamente liquidabili e quelle non indennizzabili.

4. Restituzione delle somme indebitamente pagate

Nel caso in cui, dopo l'effettuazione della prestazione, si dovesse accertare la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano la inoperatività e/o inefficacia dell'assistenza, tale circostanza dovrà essere comunicata per iscritto all'Assistito, che dovrà restituire, entro e non oltre 45 giorni dalla comunicazione, tutte le somme indebitamente liquidate alla struttura sanitaria. In caso di mancata restituzione delle sopra indicate somme nel termine previsto, la Cassa si riserva il diritto di agire giudizialmente nei confronti dell'Assistito per ottenerne la restituzione.

B. ASSISTENZA INDIRETTA A RIMBORSO

In caso di prestazioni sanitarie erogate da strutture e medici non convenzionati, e per le quali quindi l'assistito abbia dovuto anticipare in proprio la spesa, per ottenere il rimborso, nei limiti previsti dal presente contratto, delle spese sostenute, l'Assistito deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, di norma entro 30 gg dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura. La richiesta deve essere inoltrata alla Cassa che assume la contraenza, corredata dalla documentazione completa e valida, attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica e dalle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate ed infine dalla eventuale ulteriore documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso.

Le ricevute di spesa devono essere trasmesse in originale.

La Cassa effettua il rimborso dovuto – direttamente all'Assistito anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare – entro il termine di 50 gg di calendario (termine decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente contratto).

Ove, successivamente, il rimborso dovuto risulti inferiore a quello erogato o risulti non dovuto affatto, la Cassa richiederà all'Assicurato la restituzione - entro e non oltre 45 giorni dalla comunicazione - dell'importo parziale o totale non dovuto.

Nei casi eccezionali in cui il rimborso non possa avvenire nel previsto termine di 50 gg, la Cassa



Per presa visione (timbro e firma): _____

riconoscerà per il rimborso stesso valuta non successiva al 50° giorno.

Per i cicli di cura che si protraggono oltre il termine annuale di assistenza, l'Assistito dovrà inoltrare – entro e non oltre il 30° giorno successivo al suddetto termine – la richiesta di rimborso delle spese sostenute fino a tale data, corredate dalla necessaria documentazione, salva la possibilità di riapertura delle pratiche con imputazione delle ulteriori spese ai limiti di assistenza spettanti per il periodo successivo, con applicazione di separati scoperti – ove previsti – per le diverse annualità. Il mancato rispetto di tale termine può comportare decadenza dal diritto al rimborso.

I rimborsi vengono effettuati in Italia in Euro; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono 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 dall'Ufficio Italiano del Cambi.

L'Assistito e i suoi familiari si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi ad 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. 7) CONTROVERSIE

Le controversie di natura mediche potranno essere deferite ad un collegio arbitrale composto da tre medici, i cui membri verranno nominati uno per parte ed 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 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 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 ad impugnarle salvo i casi di violenza, dolo, errore grave o violazione di patti contrattuali.

## ART. 8) FORO COMPETENTE

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

## ART. 9) REGOLAZIONE DEL CONTRIBUTO

Alla scadenza di ciascuna annualità si procederà alla regolazione contabile del Contributo dovuto in conseguenza delle inclusioni avvenute nel corso dell'anno.

Le inclusioni di assistiti avvenute nel primo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'intero Contributo annuo; per quelle avvenute nel corso del secondo semestre dell'anno sarà corrisposto il 60% del contributo annuo.

## ART. 10) OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Cassa entro il 30 novembre di ciascun anno, come anche in altre occasioni a semplice richiesta della Autorità, fornirà ad essa, per il tramite del broker, un elenco riepilogativo delle erogazioni delle Assistenze fornite disaggregati per Assistenza e tipologia di prestazione evidenziando, almeno, l'importo richiesto, l'importo liquidato, il numero delle richieste di rimborso nonchè il numero delle richieste di rimborso risolte negativamente.



Per presa visione (timbro e firma): _____

***ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI***

**STOMACO – DUODENO**

- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

**INTESTINO**

- Colectomia totale.
- Resezione ileo-cecale con linfoadenectomia.

**RETTO-ANO**

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo
- Idem per via addomino perineale: in più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

**ERNIE**

- Intervento iatale con tundoplicatio.

**FEGATO E VIA BILIARI**

- Resezione epatica
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

**PANCREAS-MILZA**

- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
  - Enucleazione delle cisti
  - Marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas:
  a) totale o della testa
  b) della coda.
- Anastomosi porta-cava, spleno renale, mesenterico-cava.

**CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO**



Per presa visione (timbro e firma): _____

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazione per encefalo-meningocele.
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana – sezione intracranica di altri nervi.
- Emisferectomia
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica.

**SIMPATICO E VAGO**

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splacnici.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.

**CHIRURGIA VASALE**

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.
- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi

**CRANIO**

(vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

**FACCIA E BOCCA**

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale.

**COLLO**

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Timectomia per via cervicale.



Per presa visione (timbro e firma): _____

- Resezione dell'esofago cervicale

**TORACE**

- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.
- Pleuropneumonectomia.
- Toracectomia ampia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Timectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

**CHIRUGIA TORACICA**

- Pericardiectomia parziale o totale
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
- Derivazioni aorto-polmonari.
- Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia della arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica).

**ESOFAGO**

(vedi anche otorinolaringoiatria).

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse – alte – totali.
- Esofagoplastica
- Reintervento per megaesofago.



Per presa visione (timbro e firma): _____

**CHIRURGIA PEDIATRICA**

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale eterogenea e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:
  a) resezione con reimpianto
  b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomenigocele.

**ARTICOLAZIONI**

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomia.
- Artoplastica delle grandi articolazioni.

**UROLOGIA**

- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi (o colon)
- Nefrotomia bivalve in ipotermia.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.



Per presa visione (timbro e firma): _____

- Surrenelectomia.

**APPARATO GENITALE MASCHILE**

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfoadenectomia.

**GINECOLOGIA**

- Pannisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno.

**OCULISTICA**

- Iridocicloterazione da glaucoma.

**OTORINOLARINGOIATRIA**

Naso

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia

Orecchio

- Antro-atticotomia.

**TRAPIANTI D'ORGANO**

Tutti.



Per presa visione (timbro e firma): _____

AUTORITA' GARANTE
DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO

# CAPITOLATO TECNICO DELLA GARA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI COPERTURA DELLE SPESE SANITARIE PER IL PERSONALE DELL'AUTORITA'

**"ASSISTENZA 3 – AGGIUNTIVA**

COPERTURA COLLETTIVA

PER L'EROGAZIONE AL PERSONALE

IN SERVIZIO ED IN QUIESCENZA

DELLA AUTORITA' GARANTE

DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO

DI RIMBORSI E CONTRIBUTI ECONOMICI

PER PRESTAZIONI AGGIUNTIVE IN OCCASIONE DI

SPESE SANITARIE PER MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO"

**Numero gara: 643847 CIG [0601702C2F]**

Per presa visione (timbro e firma): _____

ART. 1) ASPETTI GENERALI ..... 3
ART. 2) ASSISTITI E OPERATIVITA' DELLA COPERTURA ..... 3
ART. 3) LIMITI DI ASSISTENZA ..... 4
ART. 4) PRESTAZIONI ..... 4
ART. 5) PRESTAZIONI ESCLUSE ..... 7
ART. 6) CRITERI E MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI RIMBORSO ..... 7
ART. 7) CONTROVERSIE ..... 9
ART. 8) FORO COMPETENTE ..... 10
ART. 9) REGOLAZIONE DEL CONTRIBUTO ..... 10
ART. 10) OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO ..... 10



Per presa visione (timbro e firma): _____

## ART. 1) ASPETTI GENERALI

La Compagnia di Assicurazione ..... (in seguito denominata Compagnia) aggiudicataria della gara per la stipula di un contratto concernente il servizio di copertura delle spese sanitarie in favore del personale della Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (in seguito denominato Autorità), e la Cassa ..... (in seguito denominata Cassa) sulla base di specifici accordi intervenuti tra di esse, si impegnano, sulla base del presente contratto, ad erogare al personale dell'Autorità di cui al successivo Art. 2 (in seguito denominati Assistiti) indennizzi, rimborsi di spesa e contributi economici aggiuntivi rispetto a quelli garantiti in base alla copertura collettiva Assistenza 1 – Base - per i casi di malattia, infortunio e parto secondo le norme di seguito indicate.

Dette prestazioni verranno rese per il tramite della citata ..... , Cassa di Assistenza iscritta all'Anagrafe dei Fondi Integrativi Sanitari di cui al Decreto del Ministro del Lavoro del 27/10/2009, idonea ad assumere la contraenza del programma di rimborso.

La durata del servizio è di anni tre, con possibilità di recesso da ambo le parti dopo il primo biennio mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte – e anticipata a mezzo telefax - almeno 180 giorni prima di tale scadenza - fermo che non e' consentito alla Compagnia/Cassa inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste. L'assunzione del rischio da parte della Compagnia/Cassa decorre dalle ore 24:00 del 28/2/2011 e fino alle ore 24:00 del 28/2/2014.

E' facoltà della Amministrazione richiedere alla Compagnia/Cassa il rinnovo del servizio – entro il 31.8.2013 - per una ulteriore annualità, laddove ritenuto opportuno e secondo la normativa vigente.

E' facoltà e libera scelta dell'Assistito ottenere le prestazioni mediche coperte dal presente contratto secondo le modalità dell'Assistenza Diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista.

Per malattia ed infortunio di intendono, rispettivamente: "ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio" e "ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili".

## ART. 2) ASSISTITI E OPERATIVITA' DELLA COPERTURA

L'assistenza articolata secondo le prestazioni di cui al successivo art. 4, è prestata a favore degli Assistiti già inseriti nelle Assistenza 1 – Dipendenti o 2 – Pensionati; l'inserimento di uno degli Assistiti comporta l'obbligatoria inclusione di tutti gli altri soggetti assistibili inseriti nelle Assistenza 1 o 2.

Per i familiari assistibili, che non sono inseriti nelle Assistenze 1 o 2 in quanto fruiscono di "analoga assistenza" come definita nei relativi disciplinari, l'inclusione è facoltativa.

Al superamento del 75° anno di età è fatto obbligo della compilazione di un questionario anamnestico. Il diritto alle prestazioni, ovvero il mantenimento delle stesse, è subordinato all'accettazione da parte della Cassa che avverrà a mezzo di comunicazione scritta. Ove venissero successivamente accertate omissioni o dichiarazioni non veritiere, queste renderebbero inattivabile il ricorso alle prestazione della Cassa e comporterebbero l'esclusione da ogni diritto al rimborso dei contributi nel frattempo versati.

L'Assistenza è operante:



Per presa visione (timbro e firma): _____

- ad integrazione delle Assistenze "1 – Dipendenti" e "2 – Pensionati";
- senza limitazioni territoriali in quanto vale per il mondo intero.

## ART. 3) LIMITI DI ASSISTENZA

I contributi economici di cui all'art. 1 sono erogati, per le prestazioni ci cui al presente contratto, fino alla concorrenza della complessiva somma annua di € 150.000,00 (centocinquantamila/00), fermo quanto previsto al successivo art. 4 PRESTAZIONI, ove per limite di assistenza per nucleo familiare assistito si intende la disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assistito per uno o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale.

Nel caso di inserimento in assistenza in corso d'anno, i limiti annuali di assistenza sono riconosciti per intero.

## ART. 4) PRESTAZIONI

In aggiunta, a integrazione o a miglioramento delle prestazioni garantite dalla "Assistenza 1 - Dipendenti" e dalla "Assistenza 2 - Pensionati" la presente copertura prevede le seguenti prestazioni:

### *A. ELEVAZIONE DEI LIMITI DI ASSISTENZA*

I limiti generali di Assistenza previsti all'art. 3 della "Assistenza 1 Dipendenti" e dalla "Assistenza 2 Pensionati" vengono elevati di € 150.000,00 (centocinquantamila/00), fermo restando quanto previsto all'art. 4 PRESTAZIONI delle citate Assistenze.

### *B. PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA*

a) Parto cesareo: incremento a € 7.000,00 (settemila/00) del massimale;

b) parto naturale: incremento a € 4.000,00 (quattromila/00) del massimale;

c) interventi oculistici: per gli interventi oculistici previsti nell'Assistenza base, elevazione del limite di rimborso fino ad € 1.000,00 (mille/00) per occhio, con un massimale di € 2.000,00 (duemila/00) per anno/nucleo;

d) nei casi di ricovero per il quale tutte le spese relative al periodo di ricovero sono state a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, erogazione di un'indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) pari a € 100,00 con un massimo di 90 giorni per anno/nucleo.

e) nei casi in cui successivamente ad un ricovero a carico del Servizio Sanitario nazionale vengono prescritti dal medico curante giorni di convalescenza, erogazione di un'indennità pari a € 30,00 giornalieri fino ad un massimo di 15 gg anno/nucleo;

f) vitto e pernottamento in istituto di Cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'assistito infermo rimborso entro il limite giornaliero di € 100,00 e con un massimo di 30 gg anno/nucleo;

g) compensi a squadre di soccorso per trasporto all'istituto di Cura con qualsiasi mezzo idoneo, immediatamente e strettamente necessario, rimborso entro il limite massimo di € 520,00 anno/nucleo per il trasporto in Italia, e di € 1.035,00 (milletrentacinque) anno/nucleo per il trasporto avvenuto all'estero;



Per presa visione (timbro e firma): _____

h) trasporto all'estero e ritorno in caso di intervento per l'assistito infermo ed un eventuale accompagnatore rimborso entro il limite massimo di € 2.000,00 (duemila/00) per evento;

Le prestazioni di cui ai precedenti punti f), g) ed h) vengono accordate con uno scoperto per ogni richiesta di rimborso del 20% con il minimo di € 50,00.

### C. *PRESTAZIONI SPECIALISTICHE*

Elevazione ad € 2.500,00 (duemilacinquecento/00) per le prestazioni specialistiche.

Massimale di € 2.200,00 (duemiladuecento/00) per anno/nucleo per le seguenti prestazioni:

- Onorari medici per visite pediatriche, onorari medici per visite non specialistiche, con scoperto del 30% e acquisto di medicinali non mutuabili con scoperto del 30% con il minimo di € 20,00 per scontrino;
- Cure, estrazioni e protesi dentarie; cure paradentarie e ortodontiche, entro il limite di € 300,00 (trecento/00) annui per assistito infermo, con scoperto del 30% con il minimo di € 150,00 per fattura;
- Lenti ed occhiali (per modifica del visus o per prima prescrizione – entrambe certificate da medico curante), entro il limite di € 150,00 (centocinquanta/00) annui per assistito infermo e con il massimo di € 300,00 (trecento/00) per anno/nucleo;

### D. *PRESTAZIONI COMPLEMENTARI*

Il rimborso riguarda le spese per assistenza infermieristica domiciliare fino alla concorrenza di € 50,00 giornalieri e per un massimo di 30 gg anno/nucleo.

### E. *PROTESI*

Il rimborso riguarda, entro il limite massimo di € 1.000,00 anno/nucleo, le spese per l'acquisto e riparazione di protesi acustiche ed oculari con scoperto del 20% minimo € 50,00.

### F. *MEDICINA PREVENTIVA*

Il rimborso riguarda le spese che il solo Titolare dell'Assistenza Base sostiene per effettuare i seguenti accertamenti diagnostici:

- sesso maschile
  - visita cardiologica con ECG;
  - RX torace
  - Accertamento dell'antigene prostatico;
  - Ecografia delle vie urinarie
- sesso femminile
  - visita cardiologica con ECG;
  - RX torace
  - visita ginecologica, visita senologica - con i relativi accertamenti (pap test, ecografia transvaginale, ecografia mammaria, mammografia).
- indipendentemente dal sesso
  - esame del sangue comprensivo dei seguenti accertamenti: ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protrombina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES;
  - esame delle urine.



Per presa visione (timbro e firma): _____

Il rimborso delle spese di cui alla presente lettera F avviene entro il limite massimo di € 300,00 (trecento/00) per anno assistenziale. Si precisa che ciascun esame non può essere effettuato più di una volta per ogni anno assistenziale.

### G. *CURE ONCOLOGICHE*

Elevazione ad € 15.000,00 (quindicimila/00) del limite per patologie oncologiche di cui al punto E) della Assistenza Base

### H. *INDENNITA' PER MALATTIA GRAVE*

Erogazione di un'indennità una tantum pari a € 1.500,00 (millecinquecento/00), in caso di accadimento, in corso di assistenza, di uno dei gravi eventi definiti al successivo punto "Definizione di malattia grave":

Tale indennità verrà erogata solo qualora l'insorgenza della malattia, comprovata da certificazione medica e cartella clinica, sia successiva alla decorrenza del presente contratto (o comunque successiva alla data di inserimento in assistenza dell'assistito infermo) e solo in caso di permanenza in vita dell'assistito infermo alla data della richiesta di rimborso. L'erogazione dell'indennità avverrà una sola volta per ciascuna degli eventi di seguito elencati.

DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE

Sono considerati rimborsabili i casi ascrivibili alle seguenti Malattie Gravi:

- Infarto miocardio acuto: Coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronario che provochi ricovero in unità coronaria di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: a) doloro precordiale; b) alterazione tipiche all'ECG; c) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.
- Chirurgia cardiovascolare: procedure di by-pass aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna): interventi di applicazione di valvola protesica meccanica o biologica;
- Ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto) emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio presente anche alla data di richiesta di indennizzo.
- Tumore: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altre certificazione ospedaliera; limitatamente alla sola garanzia in oggetto vengono esclusi i carcinomi in situ (intendendosi per tali i carcinomi che si sviluppano solo localmente con prognosi favorevole, senza tendenza a metastatizzare, aggredibili con le più semplici tecniche chirurgiche) ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno.
- Insufficienza renale: malattia renale irreversibile in dialisi cronica.
- Trapianto d'organo: malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: fegato, cuore, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la cerficazione rilasciata dai centri medici autorizzati al trapianto che attesti la necessità dell'intervento e l'inserimento del soggetto in lista di attesa.



Per presa visione (timbro e firma): _____

## ART. 5) PRESTAZIONI ESCLUSE

Rimangono 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 ad intervento chirurgico oncologico;
- Interventi di chirurgia rifrattiva e trattamenti con laser a eccimeri salvo quanto previsto dall'art. 4) lettera B punto c;
- I ricoveri causati dalla necessità dell'assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza;
- Cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie salvo quanto previsto all'art. 4) lettera C;
- Infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;
- Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motociclistiche 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.

## ART. 6) CRITERI E MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI RIMBORSO

L'Assistito può, a sua scelta, avvalersi della procedura di assistenza diretta presso strutture e/o medici convenzionati oppure anticipare in proprio le spese e richiederne successivamente il rimborso (assistenza indiretta)

A. ASSISTENZA DIRETTA

Il servizio può essere richiesto in caso di:

a) ricovero con o senza intervento chirurgico (con o senza pernottamento, incluso quindi day-hospital e day-surgery)

b) prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica o specialistiche;

c) cure oncologiche

In caso di interventi chirurgici l'assistenza diretta può essere attivata anche quando la relativa convenzione sia vigente con l'istituto/casa di cura ma non con il medico scelto dall'assistito. In tal caso, il regime di assistenza diretta e le relative tariffe operano per le prestazioni diverse da quelle dell'intervento chirurgico, anche se connesse con l'intervento stesso, secondo la disciplina di seguito riportata, per quanto applicabile.

Il servizio viene attivato con le modalità di seguito riportate.

1. Primo contatto telefonico con la Centrale operativa



Per presa visione (timbro e firma): _____

Per accedere al servizio di assistenza diretta l'Assistito deve telefonare preventivamente alla Centrale operativa: ordinariamente, la telefonata di richiesta del servizio deve avvenire almeno 5 giorni prima rispetto alla data della prestazione/ricovero previsti; la Centrale operativa è comunque a disposizione per intervenire, quando è possibile, anche in situazioni impreviste di urgenza. Nel corso del primo contatto, l'Assistito deve indicare gli estremi del contratto, la Struttura sanitaria convenzionata prescelta e l'equipe medica della quale intende avvalersi (la Centrale operativa è così messa in condizione di verificare se l'equipe medica sia convenzionata, avuto riguardo all'esistenza o meno di un convenzionamento con il primo operatore o con il medico titolare del ricovero). L'Assistito deve inoltre fornire i recapiti telefonici per essere successivamente ricontattato.

La scelta della Struttura sanitaria e del medico spetta sempre all'Assistito.

La Centrale operativa è a disposizione per fornire informazioni sulla rete di strutture sanitarie.

2. Adempimenti successivi

Successivamente alla telefonata di primo contatto – e comunque almeno 3 giorni prima del ricovero – l'Assistito deve trasmettere (via fax/mail) alla Centrale operativa la certificazione medica attestante la diagnosi e la tipologia di prestazione sanitaria richiesta. Ove necessario, l'Assistito viene contattato da un medico della Centrale operativa per l'acquisizione di ulteriori informazioni.

3. Risposta della Centrale operativa

Dopo aver verificato, sulla base di quanto emerso a seguito del primo contatto telefonico, della certificazione medica e dell'eventuale colloquio con il medico, che la garanzia assicurativa è, nella fattispecie, operante, la Centrale operativa conferma telefonicamente all'Assistito – entro il giorno antecedente al ricovero – l'accesso al servizio di pagamento diretto alla Struttura sanitaria e alla equipe medica convenzionate, evidenziando contestualmente eventuali delimitazioni di garanzia previste dal contratto, quali franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di massimale.

Se, prima della prestazione, la Centrale operativa ritiene, per quanto valutato in base alle informazioni ricevute, di escludere, nella fattispecie, l'operatività della garanzia, ovvero di non poter formulare un giudizio in merito, ne dà immediata notizia telefonica all'Assistito, chiarendo i motivi alla base di tale decisione. Successivamente, l'Assistito potrà comunque inviare la certificazione delle spese sostenute alla Cassa, unitamente alla relativa documentazione medica, per richiedere l'indennizzo nella forma di rimborso delle spese. La Cassa provvederà a un'ulteriore valutazione del caso sulla base della documentazione complessivamente acquisita e a corrispondere l'indennizzo, se dovuto. Se ex post venga accertato che l'assistito avrebbe avuto titolo all'assistenza diretta, il rimborso verrà corrisposto in base alle condizioni del convenzionamento, totale o parziale.

Per usufruire del servizio di pagamento diretto, l'Assistito, all'atto dell'accesso alla Struttura sanitaria convenzionata, deve controfirmare il documento di autorizzazione, inviato dalla Centrale operativa alla Struttura sanitaria, ove sono specificate le spese direttamente liquidabili e quelle non indennizzabili.

4. Restituzione delle somme indebitamente pagate

Nel caso in cui, dopo l'effettuazione della prestazione, si dovesse accertare la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano la inoperatività e/o inefficacia dell'assistenza, tale circostanza dovrà essere comunicata per iscritto all'Assistito, che dovrà restituire, entro e non oltre 45 giorni dalla comunicazione, tutte le somme indebitamente liquidate alla struttura sanitaria. In



Per presa visione (timbro e firma): _____

caso di mancata restituzione delle sopra indicate somme nel termine previsto, la Cassa si riserva il diritto di agire giudizialmente nei confronti dell'Assistito per ottenerne la restituzione.

B. ASSISTENZA INDIRETTA A RIMBORSO

In caso di prestazioni sanitarie erogate da strutture e medici non convenzionati, e per le quali quindi l'assistito abbia dovuto anticipare in proprio la spesa, per ottenere il rimborso, nei limiti previsti dal presente contratto, delle spese sostenute, l'Assistito deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, di norma entro 30 gg dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura. La richiesta deve essere inoltrata alla Cassa che assume la contraenza, corredata dalla documentazione completa e valida, attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica e dalle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate ed infine dalla eventuale ulteriore documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso.

Le ricevute di spesa devono essere trasmesse in originale.

La Cassa effettua il rimborso dovuto – direttamente all'Assistito anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare – entro il termine di 50 gg di calendario (termine decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui alla presente contratto).

Ove, successivamente, il rimborso dovuto risulti inferiore a quello erogato o risulti non dovuto affatto, la Cassa richiederà all'Assicurato la restituzione - entro e non oltre 45 giorni dalla comunicazione - dell'importo parziale o totale non dovuto.

Nei casi eccezionali in cui il rimborso non possa avvenire nel previsto termine di 50 gg, la Cassa riconoscerà per il rimborso stesso valuta non successiva al 50° giorno.

Per i cicli di cura che si protraggono oltre il termine annuale di assistenza, l'Assistito dovrà inoltrare – entro e non oltre il 30° giorno successivo al suddetto termine – la richiesta di rimborso delle spese sostenute fino a tale data, corredate dalla necessaria documentazione, salva la possibilità di riapertura delle pratiche con imputazione delle ulteriori spese ai limiti di assistenza spettanti per il periodo successivo, con applicazione di separati scoperti – ove previsti – per le diverse annualità. Il mancato rispetto di tale termine può comportare decadenza dal diritto al rimborso.

I rimborsi vengono effettuati in Italia in Euro; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono 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 dall'Ufficio Italiano del Cambi.

L'Assistito e i suoi familiari si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi ad 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. 7) CONTROVERSIE

Le controversie di natura mediche potranno essere deferite ad un collegio arbitrale composto da tre medici, i cui membri verranno nominati uno per parte ed 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 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



Per presa visione (timbro e firma): _____

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 ad impugnarle salvo i casi di violenza, dolo, errore grave o violazione di patti contrattuali.

## ART. 8) FORO COMPETENTE

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

## ART. 9) REGOLAZIONE DEL CONTRIBUTO

Alla scadenza di ciascuna annualità si procederà alla regolazione contabile del Contributo dovuto in conseguenza delle inclusioni avvenute nel corso dell'anno.

Le inclusioni di assistiti avvenute nel primo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'intero Contributo annuo; per quelle avvenute nel corso del secondo semestre dell'anno sarà corrisposto il 60% del contributo annuo.

## ART. 10) OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Cassa entro il 30 novembre di ciascun anno, come anche in altre occasioni a semplice richiesta della Autorità, fornirà ad essa, per il tramite del broker, un elenco riepilogativo delle erogazioni delle Assistenze fornite disaggregati per Assistenza e tipologia di prestazione evidenziando, almeno, l'importo richiesto, l'importo liquidato, il numero delle richieste di rimborso nonchè il numero delle richieste di rimborso risolte negativamente.



Per presa visione (timbro e firma): _____

AUTORITA' GARANTE
DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO

# CAPITOLATO TECNICO DELLA GARA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI COPERTURA DELLE SPESE SANITARIE PER IL PERSONALE DELL'AUTORITA'

## "ASSISTENZA 2 – BASE

## PENSIONATI

COPERTURA COLLETTIVA
PER L'EROGAZIONE AL PERSONALE IN QUIESCENZA
DELLA AUTORITA' GARANTE
DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO
DI RIMBORSI E CONTRIBUTI ECONOMICI
IN OCCASIONE DI SPESE SANITARIE PER
MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO"

**Numero gara: 643847 CIG [0601702C2F]**



Per presa visione (timbro e firma): _____

ART. 1) ASPETTI GENERALI ..... 3
ART. 2) ASSISTITI E OPERATIVITA' DELLA COPERTURA ..... 3
ART. 3) LIMITI DI ASSISTENZA ..... 5
ART. 4) PRESTAZIONI ..... 5
ART. 5) PRESTAZIONI ESCLUSE ..... 11
ART. 6 CRITERI E MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI RIMBORSO ..... 11
ART. 7) CONTROVERSIE ..... 14
ART. 8) FORO COMPETENTE ..... 14
ART. 9) REGOLAZIONE DEL CONTRIBUTO ..... 14
ART. 10) OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO ..... 14



Per presa visione (timbro e firma): _____

## ART. 1) ASPETTI GENERALI

La Compagnia di Assicurazione ..... (in seguito denominata Compagnia) aggiudicataria della gara per la stipula di un contratto concernente il servizio di copertura delle spese sanitarie in favore del personale della Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (in seguito denominato Autorità), e la Cassa ..... (in seguito denominata Cassa) sulla base di specifici accordi intervenuti tra di esse, si impegnano, sulla base del presente contratto, ad erogare al personale in quiescenza dell'Autorità di cui al successivo Art. 2 (in seguito denominati Assistiti) indennizzi, rimborsi di spesa e contributi economici per i casi di malattia, infortunio e parto secondo le norme di seguito indicate.

Dette prestazioni verranno rese per il tramite della citata ..... , Cassa di Assistenza iscritta all'Anagrafe dei Fondi Integrativi Sanitari di cui al Decreto del Ministro del Lavoro del 27/10/2009, idonea ad assumere la contraenza del programma di rimborso.

La durata del servizio è di anni tre, con possibilità di recesso da ambo le parti dopo il primo biennio mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte – e anticipata a mezzo telefax - almeno 180 giorni prima di tale scadenza - fermo che non e' consentito alla Compagnia/Cassa inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste. L'assunzione del rischio da parte della Compagnia/Cassa decorre dalle ore 24:00 del 28/2/2011 e fino alle ore 24:00 del 28/2/2014.

E' facoltà della Autorità richiedere alla Compagnia/Cassa il rinnovo del servizio – entro il 31.8.2013 - per una ulteriore annualità, laddove ritenuto opportuno e secondo la normativa vigente.

E' facoltà e libera scelta dell'Assistito ottenere le prestazioni mediche coperte dal presente contratto secondo le modalità dell'Assistenza Diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista.

Per malattia ed infortunio di intendono, rispettivamente: "ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio" e "ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili".

## ART. 2) ASSISTITI E OPERATIVITA' DELLA COPERTURA

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo art. 4, è prestata a favore dell'Assistito e si estende al coniuge ed ai figli fiscalmente a carico senza pagamento di ulteriori quote.

L'assistenza può inoltre includere, su richiesta dell'Assistito e dietro pagamento di specifiche quote capitarie, il coniuge e i figli fiscalmente non a carico (anche se non conviventi), il convivente more uxorio e i figli di questo, nonché gli altri parenti ed affini entro il 3° grado, anagraficamente conviventi con l'Assistito siano o no a carico dello stesso.

L'inserimento in assistenza di tali familiari deve riguardare tutti i componenti risultanti dallo stato di famiglia dell'Assistito (purché a loro volta assistibili); nel caso di inserimento del coniuge o di un figlio non conviventi e fiscalmente non a carico, è obbligatorio l'inserimento anche degli altri figli e/o del coniuge del pensionato anagraficamente conviventi con il coniuge/figlio che si intende



Per presa visione (timbro e firma): _____

inserire. Dall'obbligo di inserimento in assistenza di tutti i familiari assistibili sono esclusi:

- I familiari assistibili che già beneficiano di "analoga assistenza", da intendersi come altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal proprio datore di lavoro;
- Il convivente more uxorio e i figli di questo. Peraltro, l'inserimento in assistenza di uno dei soggetti in questione comporta l'obbligatorio inserimento di tutti i familiari assistibili rientranti nello stato di famiglia del pensionato.

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

Per gli Assistiti diversi da coniuge, figli, convivente more uxorio e figli di questo, fratello e sorella (fatta eccezione per coloro che aderiscono alla presente copertura senza soluzione di continuità da precedente copertura assistenziale) e per tutti gli Assistiti al superamento del 75° anno di età, è fatto obbligo di compilare e trasmettere alla Cassa un questionario anamnestico. Il diritto alle prestazioni, ovvero il mantenimento delle stesse, è subordinato all'accettazione da parte della Cassa che avverrà a mezzo di comunicazione scritta. Ove venissero successivamente accertate omissioni o dichiarazioni non veritiere, queste renderebbero inattivabile il ricorso alle prestazioni della Cassa e comporterebbero l'esclusione da ogni diritto al rimborso del contributi nel frattempo versati.

L'assistenza è operante:

- senza limitazioni territoriali, in quanto vale per il mondo intero;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti;
- dalla data dell'evento (nascita/adozione/affidamento di un figlio, matrimonio, insorgere di convivenza more-uxorio, insorgere di convivenza per il parente ed affine entro il 3° grado, venir meno di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro) purché la comunicazione alla Cassa avvenga entro trenta giorni dall'evento stesso.

In caso di decesso del pensionato, il nucleo già assistito avrà facoltà, con oneri a proprio totale carico, di proseguire nell'assistenza fino alla scadenza del 28/2/2014: a tal fine, un familiare dovrà subentrare nella posizione di titolare dell'assistenza.

Per gli Assistiti già aderenti alla previgente copertura collettiva, per il personale cessato dal servizio nel corso del 2010 e che abbia avanzato la richiesta di prosecuzione dell'assistenza sanitaria entro trenta giorni dal collocamento a riposo, nonché per coloro che cessino dal servizio successivamente al 31 dicembre 2010 e nei casi di nascita/adozione/affidamento di un figlio, matrimonio, convivenza more uxorio, insorgere di convivenza con parenti o affini entro il 3° grado, venir meno di "analoga assistenza" come sopra definita (purché gli inserimenti vengano effettuati entro i trenta giorni dall'evento ) non è previsto alcun termine di aspettativa.

Per i dipendenti assistiti che siano cessati dal servizio nel corso del 2010, e che successivamente al termine di 30 giorni sopraccitato richiedano di aderire alla presente copertura assistenziale, l'operatività della stessa è subordinata ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni di:

- 270 giorni per il parto;
- 180 giorni per la cura delle malattie croniche, recidivanti, e per la cura delle malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente



Per presa visione (timbro e firma): _____

alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.

## ART. 3) LIMITI DI ASSISTENZA

I contributi economici di cui all'art. 1 sono erogati, per le prestazioni di cui al presente contratto, fino alla concorrenza della complessiva somma annua di € 160.000,00 (centosessantamila/00), fermo quanto previsto dal successivo art. 4 PRESTAZIONI, ove per limite di assistenza per nucleo familiare assistito si intende la disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assistito (di cui al precedente art. 2) per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale. Tale somma si intenderà raddoppiata in caso di grande intervento chirurgico (compreso nell'allegato elenco). Inoltre, qualora il nucleo assistito sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/1992, ovvero certificato dalla ASL con totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa, il limite di assistenza si intenderà maggiorato del 20%.

Nel caso di inserimento in assistenza in corso d'anno, i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

## ART. 4) PRESTAZIONI

### A. *PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA*

Il rimborso riguarda:

1. in caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in regine di ricovero o day hospital presso istituto di cura ovvero in regime ambulatoriale:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali gli esami post intervento durante il ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i grandi interventi, per quelli effettuati in convenzione diretta e per i giorni di degenza in unità coronariche ed assimilate, unità di terapia intensiva e sub intensiva);
- accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nel 100 gg precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuati nel 120 gg successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico; trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nel 180 gg successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico.

In caso di parto cesareo il rimborso massimo sarà pari a € 6.000,00 (seimila/00) per evento, con applicazione dello scoperto previsto al punto B per i ricoveri fuori convenzione.



Per presa visione (timbro e firma): _____

2. In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico:

- Accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, riguardanti il periodo di ricovero;
- Rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in convenzione diretta e per i giorni di degenza in unità coronariche ed assimilate, unità di terapia intensiva e sub intensiva);
- Accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche specialistiche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 gg precedenti e nei 60 gg successivi al ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

3. In caso di parto fisiologico:

- sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in convenzione diretta).

Il rimborso complessivo massimo sarà comunque pari a € 3.000,00 (tremila/00) per evento.

4. Per il neonato:

- Retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica con il limite massimo di € 1.500,00 (millecinquecento/00) anno/nucleo.

5. Trasporto

- Le spese di trasporto dell'assistito infermo all'istituto di cura e viceversa – in caso di intervento chirurgico - con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ad eccezione dell'autovettura privata), con un massimo di € 1.300,00 (milletrecento) per ricovero (sia in Italia che all'estero).

Nei casi in cui nei capoluoghi di provincia di residenza dell'Assistito non esistessero strutture sanitarie (ospedali o case di cura private o pubbliche) in convenzione diretta nonché nei casi in cui, per la presenza di una lista di attesa, la struttura non possa effettuare un ricovero urgente, verranno rimborsate agli Assistiti le spese documentate per il trasporto ferroviario, in 1° classe, dal luogo di residenza al capoluogo di provincia ove esistono strutture sanitarie (ospedali o case di cura private o pubbliche) convenzionate, e ritorno. Per gli Assistiti della Sicilia e della Sardegna, il rimborso riguarderà anche il trasporto aereo o navale, da e per il continente.

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura non convenzionato richiede il pagamento di un anticipo, vengono rimborsate all'Assistito che ne faccia domanda le spese sostenute a tale titolo entro il 50% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

### *B. SCOPERTI, FRANCHIGIE E LIMITI DI PRESTAZIONI*

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A punto 1) prevede:

- Per i grandi interventi chirurgici, quali indicati nell'allegato elenco, non verrà applicato alcuno scoperto/franchigia né limiti alla retta di degenza;
- Per gli interventi (compreso il parto cesareo) **non in convenzione diretta**:

- se effettuati in regine di ricovero, l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 1.300,00 (milletrecento/00) oltre ai limiti di rimborso pro die di € 260,00 giornalieri per la retta di degenza.

- se effettuati in regime ambulatoriale o di day hospital, l'applicazione di una franchigia fissa di € 500,00 (cinquecento/00);

- Per gli interventi **in totale regime di convenzione diretta** (sia struttura sanitaria che equipe medica):

  - se effettuati in regine di ricovero, l'applicazione di una franchigia fissa di € 1.300,00 (milletrecento/00);

  - se effettuati in regime ambulatoriale o di day hospital, l'applicazione di una franchigia fissa di € 300,00 (trecento/00).

Qualora la degenza abbia luogo presso un centro convenzionato, ma l'assistito si avvalga, per l'intervento, di equipe medico-chirurgica non convenzionata, è comunque attivabile, a termini del successivo Art. 6, il regime di assistenza diretta per le spese di ricovero con la Struttura Sanitaria Convenzionata con la seguente modalità:

- sulla parte di spesa relativa al ricovero presso la Struttura Sanitaria Convenzionata verrà applicata una franchigia fissa di Euro 500,00 (cinquecento/00),

- sulla parte di spesa relativa alle prestazioni dell'equipe medico-chirurgica non convenzionata verrà applicato uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 800,00 (ottocento/00).

Gli interventi oculistici di chirurgia rifrattiva e con laser ad eccimeri sono ammessi a rimborso nei soli casi di asinometria superiore a quattro diottrie o di deficit visivo, anche di un solo occhio, pari o superiore a sei diottrie. Il limite di rimborso per tali interventi è pari ad € 500,00 (cinquecento/00) per occhio e per anno con il limite di € 1.000,00 (mille/00) per anno e per nucleo.

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A punto 2) prevede:

- Per i Ricoveri **non in convenzione diretta**:

  - applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 1.300,00 (milletrecento/00) oltre ai limiti di rimborso pro die di € 260,00 giornalieri per la retta di degenza.

  - se effettuati in regime ambulatoriale o di day hospital, l'applicazione di una franchigia fissa di € 500,00 (cinquecento/00);

- Per i Ricoveri **in regime di convenzione diretta**:

  - applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 500,00 (cinquecento/00);

  - se effettuati in regime ambulatoriale o di day hospital, l'applicazione di una franchigia fissa di € 300,00 (trecento/00);

Per i ricoveri **a carico del S.S.N.**, il rimborso delle spese per prestazioni effettuati nei giorni precedenti e successivi il ricovero nonché della "differenza di classe" relativa alle spese di degenza (entrambe nei limiti previsti alla precedente lett. A) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto.

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A punti 3), 4) e 5) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto, fermo restando il limite di € 260,00 giornalieri per le rette di degenza non in convenzione diretta.



Per presa visione (timbro e firma): _____

### C. *PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI*

Il rimborso riguarda le "prestazioni di alta diagnostica" e "prestazioni specialistiche" di cui ai punti successivi punti 1 e 2), con il limite assistenziale complessivo di € 6.500,00 (seimilacinquecento/00) per anno/nucleo (da intendersi maggiorato del 20% qualora nel nucleo assistito sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi delle legge 104/1992 ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa), con sotto-limite di € 2.000,00 (duemila/00) anno/nucleo per le prestazioni specialistiche, nel cui ambito opera un ulteriore sottolimite pari ad € 1.000,00 (mille/00) anno/nucleo per le prestazioni di psicoterapia di cui al successivo punto 2) lettera c.

1) **PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA**

AGOASPIRATO;

AMNIOCENTESI oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologie delle gestante o del feto;

ANGIOGRAFIA;

ANGIOGRAFIA DIGITALE;

ARTERIOGRAFIA DIGITALE;

ARTROFRAFIA;

BRONCOGRAFIA;

BRONCOSCOPIA;

CARDIOTAC;

CISTERNOGRAFIA;

CLISMA OPACO;

CISTOGRAFIA;

CISTOSCOPIA;

COLONSCOPIA;

COLANGIOGRAFIA;

COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA;

COLECISTOGRAFIA;

CORONAROGRAFIA;

DOC;

DOPPLER;

DIODENOSCOPIA;

ECOCARDIOGRAMMA;

ECODOPPLER;

ECOCOLORDOPPLER;



Per presa visione (timbro e firma): _____

ECOGRAFIA;

ELETTROCARIDOGRAFIA;

ELETTROENCAFALOGRAFIA;

ESAME CITOLOGICO;

ESAME ISTOLOGICO;

ESOFAGOSCOPIA;

FLUORANGIOGRAFIA RETINICA;

GALATTOGRAFIA;

GASTROSCOPIA;

HOLTER;

LASERTERAPIA;

LINFOGRAFIA;

MAMMOGRAFIA;

MIELOGRAFIA;

MOC;

PANCOLONSCOPIA;

PET;

RADIONEFROGRAMMA;

RECTOSIGMOIDOCOLONSCOPIA;

RETINOGRAFIA;

RETTOSCOPIA;

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE;

RX ESOFAGO ;

RX TUBO DIGERENTE;

SCINTIGRAFIA;

SPECT;

TAC;

TELECUORE;

UROFLUSSOMETRIA;

UROGRAFIA;

VILLOCENTESI oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologie delle gestante o del feto;

**2) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE**



Per presa visione (timbro e firma): _____

a) Onorari medici specialistici per visite e prestazioni (escluse quelle odontoiatriche, ortodontiche e pediatriche), visite omeopatiche;

b) Analisi ed esami diagnostici ivi compresi gli onorari dei medici (con esclusione di quelli già previsti al precedente punto 1);

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

c) terapie: alcolizzazione, chemioterapia, cobaltoterapia, dialisi, terapie radianti, terapia del doloro, psicoterapia, logopedia; fisioterapia a seguito di infortunio, ictus cerebrale, forme neoplastiche, tutte le forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche. Le suindicate terapie sono rimborsabili solo se effettuate da medico e dietro prescrizione medico-specialistica attestante una diagnosi documentata ed accertata. Relativamente alla psicoterapia, alla logopedia e alla fisioterapia le stesse sono rimborsabili anche se effettuate rispettivamente da psicoterapeuta, da logopedista iscritto all'albo e da fisioterapista diplomato.

d) Cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio, effettuate in ambulatorio.

La fisioterapia e le cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio (lett. c e d del presente punto 2), saranno rimborsate solo se documentate da apposita certificazione ospedaliera comprovante l'avvenuto infortunio.

Le prestazioni di cui alla lettera C – Prestazioni extraospedaliere e/o ambulatoriali vengono rimborsate con uno scoperto del 20% con il minimo di

- € 65,00 se effettuate in regime di convenzione diretta;

- € 90,00 se effettuate non in regime di convenzione diretta.

Al fine dell'applicazione di un unico scoperto, la richiesta di rimborso dovrà essere presentata al termine del ciclo di cura.

I ticket relativi alle prestazioni di cui alla lettera C – Prestazioni extraospedaliere e/o ambulatoriali vengono rimborsati senza l'applicazione di scoperto e gli stessi andranno presentati con cadenza semestrale (30 giugno e 31 dicembre di ogni anno).

### *D. PROTESI*

Il rimborso riguarda le spese sostenute per acquisto e riparazioni di protesi ortopediche, definite come "sostituzione artificiale di parte anatomica" con il limite anno/nucleo di € 1.100,00 (millecento/00).

### *E. CURE ONCOLOGICHE*

Il rimborso riguarda le spese sostenute con il limite di € 10.000,00 (diecimila/00) anno/nucleo, in seguito a patologie oncologiche per:

- Assistenza infermieristica domiciliare;
- Visite specialistiche;
- Chemioterapia
- Terapie radianti.



Per presa visione (timbro e firma): _____

Il rimborso delle suindicate prestazioni (qualora già previste dalla precedente lett. C), avverrà utilizzando in primo luogo il limite di assistenza indicato alla presente lett. E, ovvero, in caso di esaurimento dello stesso, utilizzando quello indicato alla precedente lett. C

Le prestazioni di cui alle lettera E vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto.

*F. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI*

Il rimborso riguarda le spese sostenute per i trattamenti fisioterapici prescritti da medico specialista ed eseguiti da persone in possesso dei titoli abilitativi previsti dal Decreto del Ministero della Sanità 27/7/2000 pubblicato sulla G.U. n. 190 del 16/08/2000 con il limite di € 1.000,00 (mille/00) anno/nucleo.

Le prestazioni sopra indicate vengono accordate con uno scoperto del 25% con il minimo di € 100,00 per ciclo di cura (massimo 10 sedute).

## ART. 5) PRESTAZIONI ESCLUSE

Rimangono 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 ad intervento chirurgico oncologico;
- Interventi di chirurgia rifrattiva e trattamenti con laser a eccimeri salvo quanto previsto dall'Art. 4 punto B;
- I ricoveri causati dalla necessità dell'assistito infermo di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza;
- Agopuntura e prestazioni fisioterapiche (ove previste) se non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato;
- Psicoterapia se non effettuata da medico specialista o da psicoterapeuta;
- Logopedia se non effettuata da medico specialista o da logopedista iscritto all'Albo;
- Cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie salvo quanto previsto all'art. 4 lett. C punto 2 sub d);
- Infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;
- Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motociclistiche 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.

## ART. 6 CRITERI E MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI RIMBORSO

L'Assistito può, a sua scelta, avvalersi della procedura di assistenza diretta presso strutture e/o



Per presa visione (timbro e firma): _____

medici convenzionati oppure anticipare in proprio le spese e richiederne successivamente il rimborso (assistenza indiretta)

A. ASSISTENZA DIRETTA

Il servizio può essere richiesto in caso di:

a) ricovero con o senza intervento chirurgico (con o senza pernottamento, incluso quindi day-hospital e day-surgery)

b) prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica o specialistiche;

c) cure oncologiche

In caso di interventi chirurgici l'assistenza diretta può essere attivata anche quando la relativa convenzione sia vigente con l'istituto/casa di cura ma non con il medico scelto dall'assistito. In tal caso, il regime di assistenza diretta e le relative tariffe operano per le prestazioni diverse da quelle dell'intervento chirurgico, anche se connesse con l'intervento stesso, secondo la disciplina di seguito riportata, per quanto applicabile.

Il servizio viene attivato con le modalità di seguito riportate

1. Primo contatto telefonico con la Centrale operativa

Per accedere al servizio di assistenza diretta l'Assistito deve telefonare preventivamente alla Centrale operativa: ordinariamente, la telefonata di richiesta del servizio deve avvenire almeno 5 giorni prima rispetto alla data della prestazione/ricovero previsti; la Centrale operativa è comunque a disposizione per intervenire, quando è possibile, anche in situazioni impreviste di urgenza. Nel corso del primo contatto, l'Assistito deve indicare gli estremi del contratto, la Struttura sanitaria convenzionata prescelta e l'equipe medica della quale intende avvalersi (la Centrale operativa è così messa in condizione di verificare se l'equipe medica sia convenzionata, avuto riguardo all'esistenza o meno di un convenzionamento con il primo operatore o con il medico titolare del ricovero). L'Assistito deve inoltre fornire i recapiti telefonici per essere successivamente ricontattato.

La scelta della Struttura sanitaria e del medico spetta sempre all'Assistito.

La Centrale operativa è a disposizione per fornire informazioni sulla rete di strutture sanitarie.

2. Adempimenti successivi

Successivamente alla telefonata di primo contatto – e comunque almeno 3 giorni prima del ricovero – l'Assistito deve trasmettere (via fax/mail) alla Centrale operativa la certificazione medica attestante la diagnosi e la tipologia di prestazione sanitaria richiesta. Ove necessario, l'Assistito viene contattato da un medico della Centrale operativa per l'acquisizione di ulteriori informazioni.

3. Risposta della Centrale operativa

Dopo aver verificato, sulla base di quanto emerso a seguito del primo contatto telefonico, della certificazione medica e dell'eventuale colloquio con il medico, che la garanzia assicurativa è, nella fattispecie, operante, la Centrale operativa conferma telefonicamente all'Assistito – entro il giorno antecedente al ricovero – l'accesso al servizio di pagamento diretto alla Struttura sanitaria e alla equipe medica convenzionate, evidenziando contestualmente eventuali delimitazioni di garanzia previste dal contratto, quali franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di massimale.

Se, prima della prestazione, la Centrale operativa ritiene, per quanto valutato in base alle informazioni ricevute, di escludere, nella fattispecie, l'operatività della garanzia, ovvero di non



Per presa visione (timbro e firma): _____

poter formulare un giudizio in merito, ne dà immediata notizia telefonica all'Assistito, chiarendo i motivi alla base di tale decisione. Successivamente, l'Assistito potrà comunque inviare la certificazione delle spese sostenute alla Cassa, unitamente alla relativa documentazione medica, per richiedere l'indennizzo nella forma di rimborso delle spese. La Cassa provvederà a un'ulteriore valutazione del caso sulla base della documentazione complessivamente acquisita e a corrispondere l'indennizzo, se dovuto. Se ex post venga accertato che l'assistito avrebbe avuto titolo all'assistenza diretta, il rimborso verrà corrisposto in base alle condizioni del convenzionamento, totale o parziale.

Per usufruire del servizio di pagamento diretto, l'Assistito, all'atto dell'accesso alla Struttura sanitaria convenzionata, deve controfirmare il documento di autorizzazione, inviato dalla Centrale operativa alla Struttura sanitaria, ove sono specificate le spese direttamente liquidabili e quelle non indennizzabili.

4. Restituzione delle somme indebitamente pagate

Nel caso in cui, dopo l'effettuazione della prestazione, si dovesse accertare la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano la inoperatività e/o inefficacia dell'assistenza, tale circostanza dovrà essere comunicata per iscritto all'Assistito, che dovrà restituire, entro e non oltre 45 giorni dalla comunicazione, tutte le somme indebitamente liquidate alla struttura sanitaria. In caso di mancata restituzione delle sopra indicate somme nel termine previsto, la Cassa si riserva il diritto di agire giudizialmente nei confronti dell'Assistito per ottenerne la restituzione.

B. ASSISTENZA INDIRETTA A RIMBORSO

In caso di prestazioni sanitarie erogate da strutture e medici non convenzionati, e per le quali quindi l'assistito abbia dovuto anticipare in proprio la spesa, per ottenere il rimborso, nei limiti previsti dal presente contratto, delle spese sostenute, l'Assistito deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, di norma entro 30 gg dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura. La richiesta deve essere inoltrata alla Cassa che assume la contraenza, corredata dalla documentazione completa e valida, attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica e dalle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate ed infine dalla eventuale ulteriore documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso.

Le ricevute di spesa devono essere trasmesse in originale.

La Cassa effettua il rimborso dovuto – direttamente all'Assistito anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare – entro il termine di 50 gg di calendario (termine decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente contratto).

Ove, successivamente, il rimborso dovuto risulti inferiore a quello erogato o risulti non dovuto affatto, la Cassa richiederà all'Assicurato la restituzione - entro e non oltre 45 giorni dalla comunicazione - dell'importo parziale o totale non dovuto.

Nei casi eccezionali in cui il rimborso non possa avvenire nel previsto termine di 50 gg, la Cassa riconoscerà per il rimborso stesso valuta non successiva al 50° giorno.

Per i cicli di cura che si protraggono oltre il termine annuale di assistenza, l'Assistito dovrà inoltrare – entro e non oltre il 30° giorno successivo al suddetto termine – la richiesta di rimborso delle spese sostenute fino a tale data, corredate dalla necessaria documentazione, salva la possibilità di



Per presa visione (timbro e firma): _____

riapertura delle pratiche con imputazione delle ulteriori spese ai limiti di assistenza spettanti per il periodo successivo, con applicazione di separati scoperti – ove previsti – per le diverse annualità. Il mancato rispetto di tale termine può comportare decadenza dal diritto al rimborso.

I rimborsi vengono effettuati in Italia in Euro; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono 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 dall'Ufficio Italiano del Cambi.

L'Assistito e i suoi familiari si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi ad 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. 7) CONTROVERSIE

Le controversie di natura mediche potranno essere deferite ad un collegio arbitrale composto da tre medici, i cui membri verranno nominati uno per parte ed 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 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 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 ad impugnarle salvo i casi di violenza, dolo, errore grave o violazione di patti contrattuali.

## ART. 8) FORO COMPETENTE

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

## ART. 9) REGOLAZIONE DEL CONTRIBUTO

Alla scadenza di ciascuna annualità si procederà alla regolazione contabile del Contributo dovuto in conseguenza delle inclusioni avvenute nel corso dell'anno.

Le inclusioni di assistiti avvenute nel primo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'intero Contributo annuo; per quelle avvenute nel corso del secondo semestre dell'anno sarà corrisposto il 60% del contributo annuo.

## ART. 10) OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Cassa entro il 30 novembre di ciascun anno, come anche in altre occasioni a semplice richiesta della Autorità, fornirà ad essa, per il tramite del broker, un elenco riepilogativo delle erogazioni delle Assistenze fornite disaggregati per Assistenza e tipologia di prestazione evidenziando, almeno, l'importo richiesto, l'importo liquidato, il numero delle richieste di rimborso nonchè il numero delle richieste di rimborso risolte negativamente.



Per presa visione (timbro e firma): _____

***ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI***

**STOMACO – DUODENO**

- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

**INTESTINO**

- Colectomia totale.
- Resezione ileo-cecale con linfoadenectomia.

**RETTO-ANO**

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo
- Idem per via addomino perineale: in più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

**ERNIE**

- Intervento iatale con tundoplicatio.

**FEGATO E VIA BILIARI**

- Resezione epatica
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

**PANCREAS-MILZA**

- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
  - Enucleazione delle cisti
  - Marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas:
  a) totale o della testa
  b) della coda.
- Anastomosi porta-cava, spleno renale, mesenterico-cava.



Per presa visione (timbro e firma): _____

**CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO**

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazione per encefalo-meningocele.
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana – sezione intracranica di altri nervi.
- Emisferectomia
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica.

**SIMPATICO E VAGO**

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splacnici.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.

**CHIRURGIA VASALE**

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.
- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi

**CRANIO**

(vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

**FACCIA E BOCCA**

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale.

**COLLO**

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.



Per presa visione (timbro e firma): _____

- Timectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale

**TORACE**

- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.
- Pleuropneumonectomia.
- Toracectomia ampia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Timectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

**CHIRUGIA TORACICA**

- Pericardiectomia parziale o totale
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
- Derivazioni aorto-polmonari.
- Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia della arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica).

**ESOFAGO**

(vedi anche otorinolaringoiatria).

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse – alte – totali.
- Esofagoplastica



Per presa visione (timbro e firma): _____

- Reintervento per megaesofago.

**CHIRURGIA PEDIATRICA**

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale eterogenea e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:
  a) resezione con reimpianto
  b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomenigocele.

**ARTICOLAZIONI**

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomia.
- Artoplastica delle grandi articolazioni.

**UROLOGIA**

- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi (o colon)
- Nefrotomia bivalve in ipotermia.
- Nefrectomia allargata per tumore.



Per presa visione (timbro e firma): _____

- Nefro-ureterectomia totale.
- Surrenelectomia.

**APPARATO GENITALE MASCHILE**

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfoadenectomia.

**GINECOLOGIA**

- Pannisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno.

**OCULISTICA**

- Iridocicloterazione da glaucoma.

**OTORINOLARINGOIATRIA**

Naso

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia

Orecchio

- Antro-atticotomia.

**TRAPIANTI D'ORGANO**

Tutti.



Per presa visione (timbro e firma): _____