

CAPITOLATO TECNICO

PIANO SANITARIO

ISTITUTO NAZIONALE DI FISICA NUCLEARE

PERSONALE DIPENDENTE

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL CAPITOLATO

Assicurazione

La copertura sanitaria.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente

L'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare o, più brevemente, INFN.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione.

Società

La Compagnia di Assicurazioni aggiudicataria che assumerà il rischio delle prestazioni.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società

Infortunio

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

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Malformazione

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

Difetto fisico

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

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Accertamento diagnostico/Esame

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'assicurato l'importo garantito.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante, in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuti durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;

- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici;
- protesi ortopediche e acustiche;
- Cure per malattie oncologiche;
- Servizi di consulenza e assistenza;

Tutte le garanzie sono operanti indipendentemente dallo stato di salute dell'assicurato.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società *

(* In relazione al numero delle Strutture convenzionate con la Società, si attribuisce il punteggio riportato nell'allegato 1)

b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie che sono operanti indipendentemente dallo stato di salute dell'assicurato.

2 PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare.

E' prestata inoltre a favore dei titolari di assegni di ricerca o di borse di studio erogate dall'INFN con premio a carico dell'INFN stesso.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo premio a carico del dipendente o del titolare di assegno di ricerca o borsa di studio, al coniuge o al convivente "more uxorio" ed a tutti i familiari fiscalmente a carico e non a carico risultanti dallo stato di famiglia.

3 RICOVERO

In caso di ricovero causato da infortunio, viene sempre richiesta la presentazione di certificato di pronto soccorso.

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella garanzia nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico.

d) Retta di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

In strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese sostenute sono liquidate integralmente dalla Società direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 350,00 al giorno.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore dell'Istituto di Cura.

In strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese sostenute sono liquidate integralmente dalla Società direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 150,00 al giorno per un massimo di 100 giorni di ricovero.

f) Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 150 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purchè resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il limite massimo di € 1.000,00 per ricovero.

3.3 DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.5 PARTO E ABORTO

La garanzia è prestata fino ad un limite massimo di € 7.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, da intendersi come massimale sostitutivo a quello indicato al punto 3.9 “Massimale assicurato”, in strutture non convenzionate o del Servizio Sanitario Nazionale, mentre è da intendersi senza alcun limite in strutture convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie.

3.5.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. a) “Pre-ricovero”, b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) ”Accompagnatore” f) ”Post-ricovero” e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite massimo di € 1.000,00 per ricovero in esso indicato.

In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

3.5.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. a) “Pre-ricovero”, b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) ”Accompagnatore”, f) ”Post-ricovero” e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite massimo di € 1.000,00 per ricovero in esso indicato.

In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

3.6 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, e con i limiti previsti per questa garanzia, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.500,00 per anno assicurativo e per ogni assicurato.

3.7 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

- a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza alcun limite o franchigia all'infuori del massimale assicurato, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.2 “trasporto sanitario”,

punto 3.6 “Rimpatrio della salma”

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In caso di ricovero con intervento chirurgico o parto cesareo le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20 % delle spese sostenute e comunque non inferiore a € 1.500,00 (salvo eventuali offerte migliorative proposte in fase di gara, di cui all'allegato n. 2, che si applicano anche alle polizze per il personale in quiescenza e per quello associato), mentre in caso di ricovero senza intervento chirurgico, day-hospital, intervento chirurgico ambulatoriale, parto non cesareo e aborto terapeutico le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20 % delle spese sostenute e comunque non inferiore a € 500,00 (salvo eventuali offerte migliorative proposte in fase di gara, di cui all'allegato n. 2, che si applicano anche alle polizze per il personale in quiescenza e per quello associato), ad eccezione delle seguenti:

Punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":

- lett. d) "Retta di degenza"
- lett. e) "Accompagnatore"

Punto 3.2 "Trasporto"

Punto 3.6 "Rimpatrio della salma"

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

In questo caso la garanzia di cui al punto 3.5 "Parto e aborto" è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, da intendersi come massimale aggiuntivo a quello indicato al punto 3.9 "Massimale assicurato" come previsto al punto indicato.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.8 "Indennità sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non sarà corrisposta "l'Indennità sostitutiva".

In questo caso la garanzia di cui al punto 3.5 "Parto e aborto" è prestata fino a un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, da intendersi come massimale aggiuntivo a quello indicato al punto 3.9 "Massimale Assicurato" come previsto al punto indicato.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute saranno pagate o rimborsate secondo quanto indicato nel presente articolo alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

3.8 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ed esso connessa, avrà diritto ad un'indennità di € 150,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 60 giorni per ogni ricovero.

Tale indennità spetta anche nel caso in cui, in alternativa o in concorrenza con il ricovero in Strutture del S.S.N., l'Assicurato ricorra, su indicazione della Struttura del Servizio Sanitario Nazionale, alle seguenti forme di assistenza sanitaria domiciliare:

- Ospedalizzazione a domicilio (Home Care) – con la quale l'Ospedale si fa carico dell'assistenza inviando a casa del paziente personale medico ed infermieristico;

f

- Dimissione domiciliare protetta (DDP) – con la quale l’Ospedale provvede ad una dimissione tempestiva, indicando le necessità del paziente e le apparecchiature necessarie e la ASL di appartenenza provvede alla loro fornitura e alla assistenza con proprio personale.

3.9 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie sopraindicate corrisponde a € 500.000,00 per nucleo familiare.

3.10 ANTICIPO DELL’INDENNIZZO

Nel caso di avvenuto ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, è facoltà dell’Assicurato richiedere un anticipo sulle spese preventivate, in misura non superiore al 90% delle stesse e previa presentazione alla Società di idonea documentazione. L’anticipo verrà corrisposto dalla Società mediamente entro 5 giorni dalla data di ricezione della documentazione necessaria.

A cura ultimata, previa presentazione da parte dell’Assicurato delle notule di spesa in originale, la Società, in sede di liquidazione del sinistro, procederà al relativo conguaglio.

Qualora l’assicurato sia in condizione di fornire alla Società l’ammontare preciso del rimborso su dichiarazione dell’istituto di cura, la Società corrisponderà l’anticipo fino al 100% della spesa sostenuta nei limiti contrattuali.

4 ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici):

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Chemioterapia
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Cobaltoterapia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Dialisi
- Discografia
- Elettromiografia
- Fistografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia

Handwritten signature or initials

- Mammografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Radioterapia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- RX esofago, RX tubo digerente
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.)
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Urografia
- Vesciculodeferentografia.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate per nucleo familiare è illimitato.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20% per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

5 VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per visite specialistiche, esami e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

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

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia fissa di € 40,00 per fattura (salvo eventuali offerte migliorative

di

proposte in fase di gara di cui all'allegato n. 2, che si applicano anche alle polizze per il personale in quiescenza e per quello associato).

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20 % delle spese sostenute e comunque non inferiore a € 60,00 per ogni visita specialistica, esame o accertamento diagnostico (salvo eventuali offerte migliorative proposte in fase di gara, di cui all'allegato n. 2, che si applicano anche alle polizze per il personale in quiescenza e per quello associato).

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Si considerano unica prestazione anche la visita specialistica e l'accertamento diagnostico connessi a una medesima patologia, contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in un'unica richiesta di rimborso.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate per nucleo familiare è illimitato.

6 PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa con uno scoperto del 20% le spese sostenute per l'acquisto di protesi ortopediche ed acustiche senza alcun limite annuo per nucleo familiare.

7 CURE PER MALATTIE ONCOLOGICHE

In caso di malattie oncologiche, la Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per visite, esami ed accertamenti diagnostici e terapie oncologiche, anche farmacologiche.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20%.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare, da intendersi come massimale aggiuntivo a quanto già previsto all'art. 3.9 del capitolato.

8 EVENTUALI ULTERIORI ESTENSIONI ASSICURATIVE PROPOSTE IN SEDE DI GARA

- 8.1 Eventuali ulteriori estensioni delle coperture assicurative, di cui all'allegato n. 3, che saranno proposte in sede di offerta, faranno parte del contratto di assicurazione e saranno applicate anche alle polizze per il personale in quiescenza e per quello associato.
- 8.2 Eventuale polizza relativa alla medicina preventiva di cui all'allegato n. 4, ad adesione volontaria e con premio a carico dei dipendenti, titolari di borse di studio e di assegni di ricerca, riservata agli stessi ed ai rispettivi familiari.

9 SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa dell'aggiudicatario telefonando al numero verde, dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00/10,00 alle ore 18/20 (minimo dieci ore consecutive).

Per i servizi di consulenza e assistenza offerti la Società si impegna a garantire tempi di risposta di regola non superiori a dieci minuti.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia

Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- strutture sanitarie e medici convenzionati;
- indicazioni sugli adempimenti per l'utilizzo della polizza;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero.

Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando per tutto l'arco delle 24 ore al numero verde Dall'estero occorre comporre il n. :

a) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

b) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 ore nei giorni festivi e non riesce a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

c) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui, in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 500 km per evento.

d) Eventuali servizi aggiuntivi proposti in sede di gara

Eventuali ulteriori servizi, di cui all'allegato n. 5, che saranno proposti in sede di gara, faranno parte del contratto di assicurazione e saranno applicati anche alle polizze per il personale in quiescenza e per quello associato.

All'estero

L'aggiudicataria offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero:

▪ **Viaggio di un familiare all'estero**

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della Sua famiglia, residente in Italia, un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di € 2.000,00 per sinistro.

▪ **Invio di medicinali urgenti all'estero**

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempre che siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

▪ **Rimpatrio sanitario**

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe e , se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, in classe economica. Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

10. ADESIONE A CASSA SANITARIA

La Società potrà proporre, in sede di offerta, l'adesione ad una Cassa Sanitaria che garantisca agli assicurati le medesime prestazioni assicurative offerte dalla Società.

11. MODALITA' DI CALCOLO DEL PREMIO

L'I.N.F.N. si impegna a corrispondere alla Società l'importo dei premi annui calcolato in relazione al numero effettivo dei dipendenti dell'Istituto inseriti in copertura assicurativa.

Pertanto entro sessanta giorni dalla sottoscrizione della polizza, l'I.N.F.N. anticiperà alla Società la prima rata semestrale del premio annuo calcolato sulla base di 1900 dipendenti.

La Società provvederà ad inserire in copertura i dipendenti secondo quanto indicato nel paragrafo 13.

Entro 90 giorni dalla fine di ogni annualità, l'I.N.F.N. è tenuto a comunicare alla Società il numero effettivo dei dipendenti assicurati affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio.

A tal fine l'I.N.F.N. si obbliga a esibire i registri necessari alle persone che saranno incaricate dalla Società ad effettuare accertamenti e controlli.

12. PREMIO ANNUO

Il premio annuo per il complesso delle prestazioni oggetto del presente Capitolato, comprensivo di oneri fiscali, corrisponde all'importo offerto in sede di gara, di cui agli allegati A, B e C.

13. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i dipendenti e i titolari di assegni di ricerca o di borse di studio avrà effetto dalle ore 00.00 del 01/07/2010 sia in forma rimborsuale che in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società. Al riguardo l'INFN invierà entro il 25/06/2010 alla Società il file contenente i dati anagrafici di tutti i propri dipendenti in servizio, nonché dei titolari di assegni di ricerca e di borse di studio erogate dall'Ente (cognome, nome e codice fiscale), quindi tutti i potenziali utilizzatori delle prestazioni oggetto del presente capitolato, riservandosi di comunicare

f

alla Società entro il 30/09/2010, una volta raccolte le adesioni, i nominativi degli iscritti effettivi, fermo restando quanto indicato al punto 11 sul numero minimo di dipendenti iscritti in polizza.

La copertura per i familiari avrà effetto dalle ore 00.00 del 01/07/2010 in forma rimborsuale, mentre in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società la copertura avrà effetto dal 01/10/2010 se saranno pervenute alla Società, entro il termine prefissato del 30/09/2010, le schede di rilevazione dei dati anagrafici dei titolari di polizza e dei relativi familiari.

Oltre il 30/09/2010 non potranno più essere inseriti in copertura assicurativa familiari già presenti, al 01/07/2010, all'interno del nucleo familiare assicurato.

14. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

14.1 Inclusione del coniuge o del convivente "more uxorio" e di tutti i familiari fiscalmente a carico e non a carico risultanti dallo stato di famiglia.

I dipendenti in servizio e i titolari di assegni di ricerca o di borse di studio alla data di decorrenza del contratto, potranno includere il coniuge o il convivente "more uxorio" e tutti i familiari fiscalmente a carico e non a carico risultanti dallo stato di famiglia mediante pagamento del relativo premio ed invio dell'apposito modulo tassativamente entro la data del 30.09.2010: oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge o il convivente "more uxorio" e tutti i familiari fiscalmente a carico e non a carico di dipendenti neoassunti o dei neotitolari di assegni di ricerca o di borse di studio sempreché risultanti dallo stato di famiglia.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

14.2 Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i dipendenti e i titolari di assegni di ricerca o di borse di studio in garanzia alla data di decorrenza del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto 2 "Persone assicurate", secondo capoverso, in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società.

14.3 Nuove assunzioni

Nel caso di nuove assunzioni o nuove attribuzioni di assegni di ricerca o di borse di studio, la garanzia per il dipendente o per il titolare di assegno di ricerca o di borsa di studio e per gli eventuali familiari come indicati al punto 2 "Persone assicurate", secondo capoverso, decorre dal giorno dell'assunzione/attribuzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 90 giorni; qualora l'assunzione/attribuzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora il dipendente o il titolare di assegno di ricerca o di borsa di studio intenda inserire l'eventuale coniuge o convivente "more uxorio" e tutti i familiari fiscalmente a carico e non a carico risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto dell'assunzione/attribuzione e non potrà inserirli successivamente.

14.4 Perdita del requisito di carico fiscale da parte di un figlio o di altro familiare fiscalmente a carico

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte di un figlio o di un altro familiare fiscalmente a carico, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società; potrà essere mantenuta con versamento del premio per il figlio o il familiare fiscalmente non a carico da parte del dipendente o del titolare di assegno di ricerca o di borsa di studio. Qualora il figlio o il familiare fiscalmente non a carico non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente.

14.5 Acquisizione del requisito di carico fiscale da parte di un figlio o di un altro familiare fiscalmente non a carico

Nel caso di acquisizione del requisito del carico fiscale da parte di un figlio o di un altro familiare fiscalmente non a carico, la variazione del carico fiscale dovrà essere immediatamente comunicata dal dipendente o dal titolare di assegno di ricerca o di borsa di studio alla Società. La garanzia verrà mantenuta con rimborso da parte della Società, al netto delle imposte, del rateo del premio per il figlio o il familiare fiscalmente non a carico pagato dal dipendente o dal titolare di assegno di ricerca o di borsa di studio e non più dovuto.

Relativamente alle inclusioni e variazione nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 1, 2, 3, 4 e 5 del presente articolo, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecento sessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione/variazione al termine del periodo assicurativo in corso.

14.6 Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente o l'ex-titolare di assegno di ricerca o di borsa di studio e gli eventuali familiari vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

14.7 Decesso del titolare di polizza

L'assicurazione cessa automaticamente dal momento del decesso del titolare; in tal caso a tutti i componenti del nucleo familiare del titolare è data facoltà di proseguire la copertura assicurativa con adesione su base volontaria.

15. VERIFICA DEL RAPPORTO TECNICO

Al 01/03/2012 (e parimenti per ogni successiva annualità) verrà effettuato il calcolo del rapporto fra i sinistri pagati e riservati ed i premi di competenza del periodo 01/07/2010 – 01/07/2012 della polizza, in base ai dati di consuntivo rilevati a quella data e delle proiezioni di chiusura dell'annualità.

Numeratore: sinistri pagati + riservati del periodo 01/07/2010 – 01/07/2012
Denominatore: premi netti di competenza del periodo 01/07/2010– 01/07/2012

di

Nel computo dei sinistri, pagati e riservati, e dei premi netti verranno calcolati anche quelli relativi alle coperture per il personale associato all'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare e per il personale in quiescenza dell'Istituto stesso e dei rispettivi familiari iscritti nelle relative polizze.

a) In presenza di un valore inferiore o uguale al 75%

Le condizioni rimarranno immutate.

b) In presenza di un valore superiore al 75%

La Società proporrà le modifiche alle garanzie di polizza entro il 31/03/2012 tali da riportare il valore del rapporto sinistri/premi al 75%. Nel caso di non accettazione delle nuove condizioni da parte del contraente la disdetta dovrà essere comunicata tramite raccomandata con ricevuta di ritorno alla Società entro il 30/04/2012. La disdetta avrà effetto dalle ore 00.00 del 30/11/2012. Per il periodo 01/07/2012 – 30/11/2012 il premio da pagare corrisponde a 5/12 del premio annuale.

A – CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL’ASSICURAZIONE

L’assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del giorno indicato nel paragrafo 13, se il premio o la prima rata sono stati pagati nei tempi indicati al paragrafo 11, diversamente ha effetto dalle ore 00.00 del giorno dell’avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l’assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del sessantesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ai sensi dell’art. 1901 c.c..

A.2 DURATA DELL’ASSICURAZIONE

La polizza ha durata quinquennale e scade alle ore 24.00 del 30/06/2015.

Il contratto assicurativo cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta e non potrà essere tacitamente rinnovato nè prorogato, fermo quanto previsto al punto 15 “Verifica del rapporto tecnico”.

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DELL’ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere approvate per iscritto dalle Parti.

A.4 ONERI FISCALI

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

A.5 FORO COMPETENTE

Per le controversie tra la Società ed i singoli Assicurati il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell’Assicurato.

Per le controversie, relative al contratto, tra la Società ed il Contraente è competente esclusivamente il Foro di Roma.

A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione inerente i diritti derivanti dal presente Capitolato è di un anno a norma dell’art. 2952 c.c..

A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

A.8 ALTRE ASSICURAZIONI

IL Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'assicurato di darne avviso in caso di sinistro.

A. 9 RECESSO

La Società e/o il contraente si riservano alla scadenza di ogni anno assicurativo la facoltà di recedere dal contratto mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno e preavviso di trecentosessanta giorni. Il recesso dalla presente copertura si estende anche a quelle per il personale associato e a quello dipendente in quiescenza.

di

B – LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE/ASSISTENZA

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri, inclusi i day-hospital, durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. i day-hospital medici effettuati a fine esclusivamente diagnostico;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;

B.3 LIMITI DI ETA'

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata senza alcun limite di età del titolare o dei componenti del nucleo familiare del titolare, cessando automaticamente dal momento del decesso del titolare stesso; in tal caso a tutti i componenti del nucleo familiare del titolare è data facoltà di proseguire la copertura con adesione su base volontaria.

C – SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa della Società al numero verde gratuito (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicate ai successivi punti **C.1.1** "Sinistri in strutture convenzionate con la Società", **C.1.2** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" **C.1.3** "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordata, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti **C.1.2** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e **3.7** "Modalità di erogazione delle prestazioni" **lett. b)** "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società".

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETA'

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di cure e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità previste ai punti **C.1.2** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e **3.7** "Modalità di erogazione delle prestazioni" **lett. b)** "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società".

La Società rende disponibile e costantemente aggiornato, attraverso un sito web appositamente predisposto, un elenco con l'indicazione delle Strutture convenzionate con la Società. Le informazioni sui medici convenzionati saranno fornite tramite il numero verde

C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETA'

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Società il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Il rimborso di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato dalla Società entro 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione necessaria completa.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, con le modalità di cui al punto 3.7 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa in originale viene conservata dalla Società e inviata all'Assicurato con cadenza mensile.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **Riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione;
- **Riepilogo trimestrale** delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate nel corso del trimestre;
- **Riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

Per sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui è sostenuta la spesa.

C.2 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

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

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

Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

ALLEGATO 1

NUMERO DI STRUTTURE CONVENZIONATE PER INTERVENTI CHIRURGICI, VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI		Punteggio max 6
A) strutture convenzionate in Italia (punteggio massimo conseguibile punti 4)		
A1) per ricoveri (punteggio massimo conseguibile punti 2)		
Almeno 40 strutture per ricoveri	Punteggio punti 0,5	<input type="checkbox"/>
Almeno 80 strutture per ricoveri	Punteggio punti 1	<input type="checkbox"/>
Almeno 120 strutture per ricoveri	Punteggio punti 1,5	<input type="checkbox"/>
Almeno 160 strutture per ricoveri	Punteggio punti 2	<input type="checkbox"/>
A2) per visite specialistiche e accertamenti diagnostici (punteggio massimo conseguibile punti 2)		
Almeno 100 strutture per visite specialistiche e accertamenti diagnostici	Punteggio punti 0,5	<input type="checkbox"/>
Almeno 200 strutture per visite specialistiche e accertamenti diagnostici	Punteggio punti 1	<input type="checkbox"/>
Almeno 300 strutture per visite specialistiche e accertamenti diagnostici	Punteggio punti 1,5	<input type="checkbox"/>
Almeno 400 strutture per visite specialistiche e accertamenti diagnostici	Punteggio punti 2	<input type="checkbox"/>
B) strutture convenzionate all'estero (solo Paesi dell'UE, Svizzera e Stati Uniti d'America) (punteggio massimo conseguibile punti 2)		
Almeno 5 strutture per ricoveri e 10 per visite specialistiche e accertamenti diagnostici	Punteggio punti 1	<input type="checkbox"/>
Almeno 10 strutture per ricoveri e 30 per visite specialistiche e accertamenti diagnostici	Punteggio punti 1,5	<input type="checkbox"/>
Almeno 20 strutture per ricoveri e 100 per visite specialistiche e accertamenti diagnostici	Punteggio punti 2	<input type="checkbox"/>

fi

ALLEGATO 2

FRANCHIGIE (solo sul territorio Nazionale)		Punteggio massimo punti 3
<p>A) in caso di ricovero in struttura non convenzionata con la Società (€ 1.500,00 scoperto massimo per ogni evento)</p> <p>- per ogni diminuzione di € 100,00 punti 0,1 - nessuna diminuzione punti 0</p>	Punteggio disponibile Punti 1,5	
<p>B) in caso di ricovero senza intervento chirurgico, day-hospital, intervento chirurgico ambulatoriale, parto non cesareo e aborto terapeutico in struttura non convenzionata con la Società (€ 500,00 scoperto massimo per ogni evento)</p> <p>- per ogni diminuzione di € 50,00 punti 0,05 - nessuna diminuzione punti 0</p>	Punteggio disponibile Punti 0,5	
<p>C) per visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici in strutture convenzionate con la Società (€ 40,00 di franchigia fissa per ogni fattura)</p> <p>- per ogni diminuzione di € 4,00 punti 0,05 - nessuna diminuzione punti 0</p>	Punteggio disponibile Punti 0,5	
<p>C) per visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici in strutture <u>non</u> convenzionate con la Società (€ 60,00 di minimo non indennizzabile per ogni fattura)</p> <p>- per ogni diminuzione di € 6,00 punti 0,05 - nessuna diminuzione punti 0</p>	Punteggio disponibile Punti 0,5	

ALLEGATO 3

ULTERIORI ESTENSIONI	Punteggio massimo punti 3
<p>GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI <i>(punteggio disponibile punti 1)</i></p> <p>La Società rimborsa le spese sostenute in cso di ricovero per gli interventi chirurgici derivanti dalle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osteititi mascellari 2. Neoplasie ossee della mandibola e della mascella 3. Cisti follicolari 4. Cisti radicolari 5. Adamantinoma 6. Odontonoma <p>Le spese vengono rimborsate senza franchigia nel limite di un massimale annuo per nucleo familiare di € 1500,00.</p> <p>Ai finidel rimborso si rendono necessarie le radiografie ed i relativi referti radiologici per i sopraindicati punti 1, 3, 4, 5 e 6, nonché per il punto 2 i referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e della mascella.</p>	<p>SI' <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO <i>(punteggio disponibile punti 1)</i></p> <p>La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinesiterapia - Chiropratica - Ionoforesi - Ultrasuoni - Radar - Massoterapia <p>Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a € 600,00 per nucleo familiare.</p> <p>Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.</p> <p>Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate applicando una franchigia di € 100,00 per ciascuna tipologia e per ogni cilo di terapia.</p> <p>Nel caso in cui l'Assicurato di avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.</p>	<p>SI' <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>CURE DENTARIE DA INFORTUNIO <i>(punteggio disponibile punti 1)</i></p> <p>La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per protesi e cure dentarie conseguenti ad infortunio, in presenza di certificato di Pronto Soccorso che attesti la data e il motivo dell'infortunio e le cure necessarie fino alla concorrenza annua di € 1.500,00 per nucleo familiare.</p>	<p>SI' <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>

ALLEGATO 4

MEDICINA PREVENTIVA (FACOLTATIVA E AGGIUNTIVA)
Ad adesione volontaria e con premio a carico del dipendente/borsista/assegnista

Per ciascun dipendente/borsista/assegnista

Per ciascun familiare fiscalmente a carico

Per ciascun familiare fiscalmente non a carico

Polizza aggiuntiva che prevede prestazioni ulteriori dovute a prescindere dall'esistenza di una malattia/infortunio e indipendentemente dallo stato di salute dell'assicurato.

L'adesione alla polizza è consentita ai soli dipendenti, titolari di borse di studio e assegni di ricerca e loro familiari fiscalmente a carico e non, iscritti alla polizza principale.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è illimitato.

Le prestazioni vengono erogate dalla Compagnia con le modalità, scoperti e franchigie previste al capitolo 5 (viste specialistiche, esami e accertamenti diagnostici) della polizza principale.

La Compagnia dovrà rimborsare le spese sostenute per effettuare i seguenti accertamenti diagnostici per l'Assistito di sesso:

maschile: visita cardiologica con elettrocardiogramma, RX torace, visita urologica, accertamento dell'antigene prostatico, ecografia delle vie urinarie;

femminile: visita cardiologica con ECG, MOC, RX torace, visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (paptest, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia trans vaginale);

indipendentemente dal sesso: colonscopia parziale o pancolonscopia, esame del sangue comprensivo dei seguenti accertamenti (ALT, AST, gammaGT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protrombina parziale PTT, tempo di protrombina, VES, FT4, TSH), esame delle urine.

ALLEGATO 5

SERVIZI AGGIUNTIVI	Punteggio massimo Punti 3
<p>REPERIMENTO E CONSEGNA FARMACI <i>(punteggio disponibile punti 1)</i></p> <p>L'Assicurato potrà chiedere al Servizio Assistenza telefonando al numero, 24h su 24h e 365 giorni all'anno, di effettuare la consegna di medicinali presenti nel prontuario farmaceutico presso la propria abitazione. Il Servizio Assistenza provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso l'abitazione dell'Assicurato il denaro e la prescrizione necessaria all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti. La prestazione è fornita nel più breve tempo possibile non appena reperiti i farmaci richiesti.</p>	<p>SI' <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>PRELIEVO CAMPIONI DI SANGUE A DOMICILIO <i>(punteggio disponibile punti 1)</i></p> <p>Qualora ne sia fatta richiesta dal proprio medico curante, l'Assicurato potrà richiedere al Servizio Assistenza, telefonando al numero, di organizzare il prelievo presso la propria abitazione. La prestazione è fornita con un preavviso di 5 (cinque) giorni lavorativi. La Società terrà a proprio carico il costo del prelievo.</p>	<p>SI' <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>DIAGNOSI COMPARATIVA <i>(punteggio disponibile punti 1)</i></p> <p>Qualora l'assicurato avverta l'esigenza di sottoporre i responsi ricevuti dai sanitari curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, all'autorevole verifica da parte dei migliori esperti delle diverse discipline specialistiche, potrà contattare direttamente il Servizio Assistenza attraverso il numero</p> <p>In tal modo l'assicurato verrà informato tempestivamente della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita. L'accesso al servizio è consentito in presenza delle seguenti patologie gravi, diagnosticate ovvero già accertate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Morbo di Alzheimer - AIDS - Cecità - Malattie neoplastiche maligne - Problemi cardiovascolari - Sordità - Insufficienza renale - Perdita della parola - Trapianto degli organi vitali - Patologie neuromotorie - Sclerosi multipla - Paralisi - Morbo di Parkinson - Ictus <p>Per l'attivazione della garanzia, il cliente dovrà inviare alla Compagnia la documentazione clinica in suo possesso che il medico della Compagnia gli richiederà in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata alla Società, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta esterno per quella specifica patologia.</p>	<p>SI' <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>

fr

ALLEGATO 6

CASSA SANITARIA	Punteggio disponibile punti 5
Possibilità di adesione a cassa sanitaria	SI' <input type="checkbox"/>
Possibilità di adesione a cassa sanitaria	NO <input type="checkbox"/>

fi

ALLEGATO A

<p>PREMIO DIPENDENTI/ASSEGNISTI/BORSISTI con premio a carico dell'Istituto (MAX 390 € ciascuno)</p>	<p>Punteggio massimo punti 70</p>
<p>Prezzo offerto per ciascun dipendente, titolare di assegno di ricerca o di borsa di studio erogato/a dall'INFN con premio a carico dell'INFN stesso.</p>	

f

ALLEGATO B

PREMIO FAMILIARI DIPENDENTI/ASSEGNISTI/BORSISTI (rapportato al nr. di familiari fiscalmente a carico inseriti in polizza compreso il coniuge/convivente more uxorio) Ad adesione volontaria e con premio a carico del dipendente	Punteggio massimo punti 4
n. familiari fiscalmente a carico fino a 1	Punteggio massimo punti 1
n. familiari fiscalmente a carico fino a 2	Punteggio massimo punti 1
n. familiari fiscalmente a carico fino a 3	punteggio massimo punti 1
n. familiari fiscalmente a carico fino a 4	Punteggio massimo punti 0,5
Familiare fiscalmente a carico dal quinto in poi	Punteggio massimo punti 0,5

fi

ALLEGATO C

PREMIO FAMILIARI DIPENDENTI/ASSEGNISTI/BORSISTI (rapportato al nr. di familiari fiscalmente <u>non</u> a carico inseriti in polizza compreso il coniuge/convivente more uxorio) Ad adesione volontaria e con premio a carico del dipendente	Punteggio massimo punti 2
n. familiari fiscalmente <u>non</u> a carico fino a 1	Punteggio massimo Punti 0,5
n. familiari fiscalmente <u>non</u> a carico fino a 2	Punteggio massimo Punti 0,5
n. familiari fiscalmente <u>non</u> a carico fino a 3	Punteggio massimo Punti 0,5
familiare fiscalmente <u>non</u> a carico dal quarto in poi	Punteggio massimo Punti 0,5

f

CAPITOLATO TECNICO

PIANO SANITARIO

ISTITUTO NAZIONALE DI FISICA NUCLEARE

PERSONALE ASSOCIATO

f

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL CAPITOLATO

Assicurazione

La copertura sanitaria.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente

L'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare o, più brevemente, INFN.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione.

Società

La Compagnia di Assicurazioni aggiudicataria che assumerà il rischio delle prestazioni.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società

Infortunio

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

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Malformazione

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

Difetto fisico

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

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Accertamento diagnostico/Esame

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'assicurato l'importo garantito.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante, in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuti durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;

- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici;
- protesi ortopediche e acustiche;
- Cure per malattie oncologiche;
- Servizi di consulenza e assistenza;

Tutte le garanzie sono operanti indipendentemente dallo stato di salute dell'assicurato.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) **Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società**
- b) **Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società**
- c) **Servizio Sanitario Nazionale**

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie che sono operanti indipendentemente dallo stato di salute dell'assicurato.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore del personale associato all'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare. Per personale associato si intende personale di Università ed altri Enti di cui all'articolo 3 del "Regolamento Generale" e del "Regolamento per le associazioni alle attività scientifico-tecniche dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare".

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo premio a carico del pensionato, al coniuge o al convivente "more uxorio" ed a tutti i familiari fiscalmente a carico e non a carico risultanti dallo stato di famiglia.

3. RICOVERO

In caso di ricovero causato da infortunio, viene sempre richiesta la presentazione di certificato di pronto soccorso.

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella garanzia nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico.

d) Retta di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

In strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese sostenute sono liquidate integralmente dalla Società direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 350,00 al giorno.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore dell'Istituto di Cura.

In strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese sostenute sono liquidate integralmente dalla Società direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 150,00 al giorno per un massimo di 100 giorni di ricovero.

f) Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 150 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purchè resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il limite massimo di € 1.000,00 per ricovero.

3.3 DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.5 PARTO E ABORTO

La garanzia è prestata fino ad un limite massimo di € 7.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, da intendersi come massimale sostitutivo a quello indicato al punto 3.9 “Massimale assicurato”, in strutture non convenzionate o del Servizio Sanitario Nazionale, mentre è da intendersi senza alcun limite in strutture convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie.

3.5.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. a) “Pre-ricovero”, b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) “Accompagnatore” f) “Post-ricovero” e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite massimo di € 1.000,00 per ricovero in esso indicato.

In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

3.5.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. a) “Pre-ricovero”, b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) “Accompagnatore”, f) “Post-ricovero” e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite massimo di € 1.000,00 per ricovero in esso indicato.

In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

3.6 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, e con i limiti previsti per questa garanzia, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.500,00 per anno assicurativo e per ogni assicurato.

3.7 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza alcun limite o franchigia all'infuori del massimale assicurato, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.2 “trasporto sanitario”,

punto 3.6 “Rimpatrio della salma”

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In caso di ricovero con intervento chirurgico o parto cesareo le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20 % delle spese sostenute e

f

comunque non inferiore a € 1.500,00, (salvo eventuali offerte migliorative proposte in fase di gara per la polizza per il personale dipendente, assegnista e borsista e che si applicano anche alla presente polizza) mentre in caso di ricovero senza intervento chirurgico, day-hospital, intervento chirurgico ambulatoriale, parto non cesareo e aborto terapeutico le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20 % delle spese sostenute e comunque non inferiore a € 500,00 (salvo eventuali offerte migliorative proposte in fase di gara per la polizza per il personale dipendente, assegnista e borsista e che si applicano anche alla presente polizza) ad eccezione delle seguenti:

Punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":

- lett. d) "Retta di degenza"
- lett. e) "Accompagnatore"

Punto 3.2 "Trasporto"

Punto 3.6 "Rimpatrio della salma"

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

In questo caso la garanzia di cui al punto 3.5 "Parto e aborto" è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, da intendersi come massimale aggiuntivo a quello indicato al punto 3.9 "Massimale assicurato" come previsto al punto indicato.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.8 "Indennità sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non sarà corrisposta "l'Indennità sostitutiva".

In questo caso la garanzia di cui al punto 3.5 "Parto e aborto" è prestata fino a un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, da intendersi come massimale aggiuntivo a quello indicato al punto 3.9 "Massimale Assicurato" come previsto al punto indicato.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute saranno pagate o rimborsate secondo quanto indicato nel presente articolo alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

3.8 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ed esso connessa, avrà diritto ad un'indennità di € 150,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 60 giorni per ogni ricovero.

Tale indennità spetta anche nel caso in cui, in alternativa o in concorrenza con il ricovero in Strutture del S.S.N., l'Assicurato ricorra, su indicazione della Struttura del Servizio Sanitario Nazionale, alle seguenti forme di assistenza sanitaria domiciliare:

- Ospedalizzazione a domicilio (Home Care) – con la quale l'Ospedale si fa carico dell'assistenza inviando a casa del paziente personale medico ed infermieristico;
- Dimissione domiciliare protetta (DDP) – con la quale l'Ospedale provvede ad una dimissione tempestiva, indicando le necessità del paziente e le apparecchiature necessarie e la ASL di appartenenza provvede alla loro fornitura e alla assistenza con proprio personale.

17

3.9 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie sopraindicate corrisponde a € 500.000,00 per nucleo familiare.

3.10 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

Nel caso di avvenuto ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, è facoltà dell'Assicurato richiedere un anticipo sulle spese preventivate, in misura non superiore al 90% delle stesse e previa presentazione alla Società di idonea documentazione. L'anticipo verrà corrisposto dalla Società mediamente entro 5 giorni dalla data di ricezione della documentazione necessaria.

A cura ultimata, previa presentazione da parte dell'Assicurato delle notule di spesa in originale, la Società, in sede di liquidazione del sinistro, procederà al relativo conguaglio.

Qualora l'assicurato sia in condizione di fornire alla Società l'ammontare preciso del rimborso su dichiarazione dell'istituto di cura, la Società corrisponderà l'anticipo fino al 100% della spesa sostenuta nei limiti contrattuali.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici):

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Chemioterapia
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Cobaltoterapia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Dialisi
- Discografia
- Elettromiografia
- Fistografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia

di

- Pneumoencefalografia
- Radioterapia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- RX esofago, RX tubo digerente
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.)
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Urografia
- Vesciculodeferentografia.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate per nucleo familiare è illimitato.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20% per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

5. VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per visite specialistiche, esami e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

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

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia fissa di € 40,00 per fattura (salvo eventuali offerte migliorative proposte in fase di gara per la polizza per il personale dipendente, assegnista e borsista e che si applicano anche alla presente polizza).

f

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20 % delle spese sostenute e comunque non inferiore a € 60,00 per ogni visita specialistica, esame o accertamento diagnostico (salvo eventuali offerte migliorative proposte in fase di gara per la polizza per il personale dipendente, assegnista e borsista e che si applicano anche alla presente polizza).

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitaria carico dell'Assicurato.

Si considerano unica prestazione anche la visita specialistica e l'accertamento diagnostico connessi a una medesima patologia, contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in un'unica richiesta di rimborso.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate per nucleo familiare è illimitato.

6. PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa con uno scoperto del 20% le spese sostenute per l'acquisto di protesi ortopediche ed acustiche senza alcun limite annuo per nucleo familiare.

7. CURE PER MALATTIE ONCOLOGICHE

In caso di malattie oncologiche, la Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per visite, esami ed accertamenti diagnostici e terapie oncologiche, anche farmacologiche.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20%.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare, da intendersi come massimale aggiuntivo a quanto già previsto all'art. 3.9 del Capitolato.

8. EVENTUALI ULTERIORI ESTENSIONI ASSICURATIVE PROPOSTE IN SEDE DI GARA

fi

8.1 Eventuali ulteriori estensioni delle coperture assicurative proposte in sede di offerta nell'allegato 3 della polizza per il personale dipendente, assegnista e borsista, che faranno parte del contratto di assicurazione e che saranno applicate anche alla presente polizza.

9. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa dell'aggiudicataria telefonando al numero verde, dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00/10,00 alle ore 18/20 (minimo dieci ore consecutive).

Per i servizi di consulenza e assistenza offerti la Società si impegna a garantire tempi di risposta di regola non superiori a dieci minuti.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia

Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- strutture sanitarie e medici convenzionati;
- indicazioni sugli adempimenti per l'utilizzo della polizza;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;

Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando per tutto l'arco delle 24 ore al numero verde Dall'estero occorre comporre il n.:

a) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

b) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 ore nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

c) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 500 km per evento.

d) Eventuali ulteriori servizi proposti, in sede di gara

Eventuali ulteriori servizi proposti in sede di offerta nell'allegato 5 della polizza per il personale dipendente, assegnista e borsista, che faranno parte del contratto di assicurazione e che saranno applicate anche alla presente polizza.

All'estero

L'aggiudicataria offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero

▪ **Viaggio di un familiare all'estero**

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della Sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di € 2.000,00 per sinistro.

▪ **Invio di medicinali urgenti all'estero**

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempre che siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

▪ **Rimpatrio sanitario**

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato/Assistito in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe e , se necessario, in vagone letto;

- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, in classe economica. Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

10. PREMIO ANNUO

Il premio annuo per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivo di oneri fiscali, corrisponde all'importo offerto in sede di gara, di cui all'allegato D:

11. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per gli associati e per i relativi familiari avrà effetto dalle ore 00.00 del 01/09/2010 in forma rimborsuale, mentre in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società dal giorno successivo a quello in cui perverranno alla Società le schede di rilevazione dei dati anagrafici dei titolari di polizza e dei relativi familiari. In ogni caso non saranno accettate richieste di inserimento in copertura di associati alla data del 01/09/2010, pervenute alla Società dopo il 30/09/2010.

Oltre il 30/09/2010 non potranno più verificarsi inclusioni di familiari già presenti al 01/09/2010 all'interno del nucleo familiare assicurato.

12. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

12.1 Inclusione del coniuge o del convivente "more uxorio" e di tutti i familiari fiscalmente a carico e non a carico risultanti dallo stato di famiglia.

Gli associati alla data di decorrenza del contratto potranno includere il coniuge o il convivente "more uxorio" e tutti i familiari fiscalmente a carico e non a carico risultanti da stato di famiglia mediante pagamento del relativo premio ed invio dell'apposito modulo tassativamente entro la data del 31/10/2010; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge o il convivente "more uxorio" e tutti i familiari fiscalmente a carico e non a carico di neoassociati sempreché risultanti dallo stato di famiglia.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

12.2 Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per gli associati in garanzia alla data di decorrenza del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto 2 "Persone assicurate", secondo capoverso, in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per

matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società.

12.3 Nuove associazioni all'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare

Nel caso di nuove associazioni, la garanzia per l'associato e i familiari come indicati al punto 2 "Persone assicurate", secondo capoverso, decorre dall'associazione sempreché questa venga comunicata alla Società entro trenta giorni; qualora l'associazione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora l'associato intenda inserire l'eventuale coniuge o il convivente "more uxorio" e tutti i familiari fiscalmente a carico e non a carico risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto dell'associazione e non potrà inserirli successivamente.

12.4 Perdita del requisito di carico fiscale da parte di un figlio o di altro familiare fiscalmente a carico

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte di un figlio o di un altro familiare fiscalmente a carico, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società; potrà essere mantenuta con versamento del premio per il figlio o il familiare fiscalmente non a carico da parte dell'associato. Qualora il figlio o il familiare fiscalmente non a carico non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente.

12.5 Acquisizione del requisito di carico fiscale da parte di un figlio o di un altro familiare fiscalmente non a carico

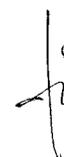
Nel caso di acquisizione del requisito del carico fiscale da parte di un figlio o di un altro familiare fiscalmente non a carico, la variazione del carico fiscale dovrà essere immediatamente comunicata dall'associato alla Società. La garanzia verrà mantenuta con rimborso da parte della Società, al netto delle imposte, del rateo del premio per il figlio o il familiare fiscalmente non a carico pagato dal dipendente o dal titolare di assegno di ricerca o di borsa di studio e non più dovuto.

Relativamente alle inclusioni e variazione nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 1, 2, 3, 4 e 5 del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione/variazione al termine del periodo assicurativo in corso.

12.6 Mancato rinnovo dell'associazione

In caso di mancato rinnovo dell'associazione, l'assicurato e i rispettivi familiari vengono mantenuti in garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva. In tal caso all'ex associato e a tutti i componenti del nucleo familiare del titolare, eventualmente iscritti, è data facoltà di proseguire la copertura assicurativa con adesione su base volontaria.

12.7 Decesso del titolare di polizza



L'assicurazione cessa automaticamente dal momento del decesso del titolare; in tal caso a tutti i componenti del nucleo familiare del titolare è data facoltà di proseguire la copertura assicurativa con adesione su base volontaria.

13. VERIFICA DEL RAPPORTO TECNICO

Al 01/03/2012 (e parimenti per ogni successiva annualità) verrà effettuato il calcolo del rapporto fra i sinistri pagati e riservati ed i premi di competenza del periodo 01/09/2010 – 01/07/2012 della polizza, in base ai dati di consuntivo rilevati a quella data e delle proiezioni di chiusura dell'annualità.

Numeratore: sinistri pagati + riservati del periodo 01/09/2010 – 01/07/2012

Denominatore: premi netti di competenza del periodo 01/09/2010 – 01/07/2012

Nel computo dei sinistri, pagati e riservati, e dei premi netti verranno calcolati anche quelli relativi alle coperture per il personale dipendente in servizio, titolare di assegno di ricerca o borsa di studio con premio a carico dell'Ente stesso, di quello in quiescenza dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare e dei, rispettivi, familiari iscritti nelle relative polizze.

a) **In presenza di un valore inferiore o uguale al 75%**

Le condizioni rimarranno immutate.

b) **In presenza di un valore superiore al 75%**

La Società proporrà le modifiche alle garanzie di polizza entro il 31/03/2012 tali da riportare il valore del rapporto sinistri/premi al 75%. Nel caso di non accettazione delle nuove condizioni da parte del contraente la disdetta dovrà essere comunicata tramite raccomandata con ricevuta di ritorno alla Società entro il 30/04/2012. La disdetta avrà effetto dalle ore 00.00 del 30/11/2012.

Per il periodo 01/09/2012 - 30/11/2012 il premio da pagare corrisponde a 3/12 del premio annuale.

A – CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del giorno indicato nel paragrafo 11, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 00.00 del giorno dell'avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società.

Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del sessantesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha durata quinquennale e scade alle ore 24.00 del 31/08/2015.

Il contratto assicurativo cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta e non può essere tacitamente rinnovato nè prorogato, fermo quanto previsto al punto 13 "Verifica del rapporto tecnico".

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DELL'ASSICURAZIONE

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

A.4 ONERI FISCALI

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

A.5 FORO COMPETENTE

Per le controversie tra la Società e i singoli Assicurati il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Per le controversie relative al Contratto tra la Società ed il Contraente è competente esclusivamente il Foro di Roma.

A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione inerente i diritti derivanti dal presente Capitolato è di un anno a norma dell'art. 2952 c.c..

A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

A.8 ALTRE ASSICURAZIONI

IL Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'assicurato di darne avviso in caso di sinistro.

di

A.9 RECESSO

Il recesso dalla Polizza per il personale dipendente si estende anche alla presente polizza.

f

B – LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri, inclusi i day-hospital, durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. i day-hospital medici effettuati a fine esclusivamente diagnostico;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. limitatamente ai familiari degli associati, che aderiranno su base volontaria, sono escluse le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, nonché le malattie croniche recidivanti.

B.3 LIMITI DI ETA'

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata senza alcun limite di età del titolare o dei componenti del nucleo familiare del titolare, cessando automaticamente dal momento del decesso del titolare stesso; in tal caso a tutti i componenti del nucleo familiare del titolare è data facoltà di proseguire la copertura con adesione su base volontaria.

C – SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa della Società al numero verde gratuito (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicate ai successivi punti **C.1.1** "Sinistri in strutture convenzionate con la Società", **C.1.2** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" **C.1.3** "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordata, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti **C.1.2** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e **3.7** "Modalità di erogazione delle prestazioni" **lett. b)** "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società".

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETA'

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di cure e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità previste ai punti **C.1.2** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e **3.7** "Modalità di erogazione delle prestazioni" **lett. b)** "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società".

La Società rende disponibile e costantemente aggiornato, attraverso un sito web appositamente predisposto, un elenco con l'indicazione delle Strutture convenzionate con la Società. Le informazioni sui medici convenzionati saranno fornite tramite il numero verde 800.....

C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETA'

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Società il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme

all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Il rimborso di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato dalla Società entro 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione necessaria completa.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, con le modalità di cui al punto 3.7 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società/Cassa

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa in originale viene conservata dalla Società e inviata all'Assicurato con cadenza mensile.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **Riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione;
- **Riepilogo trimestrale** delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate nel corso del trimestre;
- **Riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

Per sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui è sostenuta la spesa.

C.2 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

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

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

Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

ALLEGATO D

PREMIO PERSONALE ASSOCIATO/FAMILIARI (compreso il coniuge/convivente more uxorio) Ad adesione volontaria e con premio a carico dell'associato	Punteggio massimo punti 2
Premio dovuto per ciascun associato	Punteggio massimo Punti 1
Premio dovuto dall'associato per ciascun familiare fiscalmente a carico e risultante dallo stato di famiglia	Punteggio massimo Punti 0,5
Premio dovuto dall'associato per ciascun familiare fiscalmente <u>non</u> a carico e risultante dallo stato di famiglia	Punteggio massimo Punti 0,5

f

CAPITOLATO TECNICO

PIANO SANITARIO

ISTITUTO NAZIONALE DI FISICA NUCLEARE

PERSONALE DIPENDENTE IN QUIESCENZA

4

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL CAPITOLATO

Assicurazione

La copertura sanitaria.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente

L'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare o, più brevemente, INFN.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione.

Società

La Compagnia di Assicurazioni aggiudicataria che assumerà il rischio delle prestazioni.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società

Infortunio

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

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Malformazione

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

Difetto fisico

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

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Accertamento diagnostico/Esame

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'assicurato l'importo garantito.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante, in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuti durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;

- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici;
- protesi ortopediche e acustiche;
- Cure per malattie oncologiche;
- Servizi di consulenza e assistenza;

Tutte le garanzie sono operanti indipendentemente dallo stato di salute dell'assicurato.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) **Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società**
- b) **Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società**
- c) **Servizio Sanitario Nazionale**

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie che sono operanti indipendentemente dallo stato di salute dell'assicurato.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti in quiescenza dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo premio a carico del pensionato, al coniuge o al convivente "more uxorio" ed a tutti i familiari fiscalmente a carico e non a carico risultanti dallo stato di famiglia.

3. RICOVERO

In caso di ricovero causato da infortunio, viene sempre richiesta la presentazione di certificato di pronto soccorso.

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella garanzia nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico.

d) Retta di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

In strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese sostenute sono liquidate integralmente dalla Società direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 350,00 al giorno.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore dell'Istituto di Cura.

In strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese sostenute sono liquidate integralmente dalla Società direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 150,00 al giorno per un massimo di 100 giorni di ricovero.

f) Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 150 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purchè resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il limite massimo di € 1.000,00 per ricovero.

3.3 DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.5 PARTO E ABORTO

La garanzia è prestata fino ad un limite massimo di € 7.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, da intendersi come massimale sostitutivo a quello indicato al punto 3.9 "Massimale assicurato", in strutture non convenzionate o del Servizio Sanitario Nazionale, mentre è da intendersi senza alcun limite in strutture convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie.

3.5.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore" f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite massimo di € 1.000,00 per ricovero in esso indicato.

In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

3.5.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite massimo di € 1.000,00 per ricovero in esso indicato.

In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

3.6 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, e con i limiti previsti per questa garanzia, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.500,00 per anno assicurativo e per ogni assicurato.

3.7 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

- a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza alcun limite o franchigia all'infuori del massimale assicurato, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.2 "trasporto sanitario",

punto 3.6 "Rimpatrio della salma"

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

- b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In caso di ricovero con intervento chirurgico o parto cesareo le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20 % delle spese sostenute e comunque non inferiore a € 1.500,00 (salvo eventuali offerte migliorative proposte in fase di gara per la polizza per il personale dipendente, assegnista e borsista e che si applicano anche alla presente polizza), mentre in caso di ricovero senza intervento chirurgico, day-hospital, intervento chirurgico ambulatoriale, parto non cesareo e aborto terapeutico le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20 % delle spese sostenute e comunque non inferiore a € 500,00 (salvo eventuali offerte migliorative proposte in fase di gara per la polizza per il personale dipendente, assegnista e borsista e che si applicano anche alla presente polizza) ad eccezione delle seguenti:

Punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":

- lett. d) "Retta di degenza"
- lett. e) "Accompagnatore"

Punto 3.2 "Trasporto"

Punto 3.6 "Rimpatrio della salma"

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

In questo caso la garanzia di cui al punto 3.5 "Parto e aborto" è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, da intendersi come massimale aggiuntivo a quello indicato al punto 3.9 "Massimale assicurato" come previsto al punto indicato.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.8 "Indennità sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non sarà corrisposta "l'Indennità sostitutiva".

In questo caso la garanzia di cui al punto 3.5 "Parto e aborto" è prestata fino a un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, da intendersi come massimale aggiuntivo a quello indicato al punto 3.9 "Massimale Assicurato" come previsto al punto indicato.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute saranno pagate o rimborsate secondo quanto indicato nel presente articolo alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

3.8 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ed esso connessa, avrà diritto ad un'indennità di € 150,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 60 giorni per ogni ricovero.

Tale indennità spetta anche nel caso in cui, in alternativa o in concorrenza con il ricovero in Strutture del S.S.N., l'Assicurato ricorra, su indicazione della Struttura del Servizio Sanitario Nazionale, alle seguenti forme di assistenza sanitaria domiciliare:

- Ospedalizzazione a domicilio (Home Care) – con la quale l'Ospedale si fa carico dell'assistenza inviando a casa del paziente personale medico ed infermieristico;
- Dimissione domiciliare protetta (DDP) – con la quale l'Ospedale provvede ad una dimissione tempestiva, indicando le necessità del paziente e le apparecchiature necessarie e la ASL di appartenenza provvede alla loro fornitura e alla assistenza con proprio personale.

3.9 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie sopraindicate corrisponde a € 500.000,00 per nucleo familiare.

3.10 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

Nel caso di avvenuto ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, è facoltà dell'Assicurato richiedere un anticipo sulle spese preventivate, in misura non superiore al 90% delle stesse e previa presentazione alla Società di idonea documentazione. L'anticipo verrà corrisposto dalla Società mediamente entro 5 giorni dalla data di ricezione della documentazione necessaria.

A cura ultimata, previa presentazione da parte dell'Assicurato delle notule di spesa in originale, la Società, in sede di liquidazione del sinistro, procederà al relativo conguaglio.

Qualora l'assicurato sia in condizione di fornire alla Società l'ammontare preciso del rimborso su dichiarazione dell'istituto di cura, la Società corrisponderà l'anticipo fino al 100% della spesa sostenuta nei limiti contrattuali.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici):

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Chemioterapia
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Cobaltoterapia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Dialisi
- Discografia
- Elettromiografia
- Fistografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia

- Pneumoencefalografia
- Radioterapia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- RX esofago, RX tubo digerente
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.)
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Urografia
- Vesciculodeferentografia.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate per nucleo familiare è illimitato.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20% per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

5. VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per visite specialistiche, esami e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

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

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia fissa di € 40,00 per fattura *(salvo eventuali offerte migliorative proposte in fase di gara per la polizza per il personale dipendente, assegnista e borsista e che si applicano anche alla presente polizza)*.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20 % delle spese

f

sostenute e comunque non inferiore a € 60,00 per ogni visita specialistica, esame o accertamento diagnostico (salvo eventuali offerte migliorative proposte in fase di gara per la polizza per il personale dipendente, assegnista e borsista e che si applicano anche alla presente polizza).

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitaria carico dell'Assicurato.

Si considerano unica prestazione anche la visita specialistica e l'accertamento diagnostico connessi a una medesima patologia, contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in un'unica richiesta di rimborso.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate per nucleo familiare è illimitato.

6. PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa con uno scoperto del 20% le spese sostenute per l'acquisto di protesi ortopediche ed acustiche senza alcun limite annuo per nucleo familiare.

7. CURE PER MALATTIE ONCOLOGICHE

In caso di malattie oncologiche, la Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per visite, esami ed accertamenti diagnostici e terapie oncologiche, anche farmacologiche.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20%.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare, da intendersi come massimale aggiuntivo a quanto già previsto all'art. 3.9 del Capitolato.

8. EVENTUALI ULTERIORI ESTENSIONI ASSICURATIVE PROPOSTE IN SEDE DI GARA

8.1 Eventuali ulteriori estensioni delle coperture assicurative proposte in sede di offerta nell'allegato 3 della polizza per il personale dipendente, assegnista e borsista, che faranno parte del contratto di assicurazione e che saranno applicate anche alla presente polizza.

9. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa dell'aggiudicataria telefonando al numero verde, dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00/10,00 alle ore 18/20 (minimo dieci ore consecutive).

Per i servizi di consulenza e assistenza offerti la Società si impegna a garantire tempi di risposta di regola non superiori a dieci minuti.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia

Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- strutture sanitarie e medici convenzionati;
- indicazioni sugli adempimenti per l'utilizzo della polizza;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;

Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando per tutto l'arco delle 24 ore al numero verde Dall'estero occorre comporre il n. :

a) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

b) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 ore nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

f

c) **Rientro dal ricovero di primo soccorso**

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 500 km per evento.

d) **Eventuali ulteriori servizi proposti.**

Eventuali ulteriori servizi proposti in sede di offerta nell'allegato 5 della polizza per il personale dipendente, assegnista e borsista, che faranno parte del contratto di assicurazione e che saranno applicate anche alla presente polizza.

All'estero

L'aggiudicataria offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia

▪ **Viaggio di un familiare all'estero**

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della Sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di € 2.000,00 per sinistro.

▪ **Invio di medicinali urgenti all'estero**

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irrimediabili sul posto (sempre che siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative. Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

▪ **Rimpatrio sanitario**

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe e , se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

di

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, in classe economica. Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

10. PREMIO ANNUO

Il premio annuo per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivo di oneri fiscali, corrisponde all'importo offerto in sede di gara, di cui all'allegato E.

11. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i pensionati e per i relativi familiari avrà effetto dalle ore 00.00 del 01/09/2010 in forma rimborsuale, mentre in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società dal giorno successivo a quello in cui perverranno alla Società le schede di rilevazione dei dati anagrafici dei titolari di polizza e dei relativi familiari. In ogni caso non saranno accettate richieste di inserimento in copertura di dipendenti in quiescenza alla data del 01/09/2010, pervenute alla Società dopo il 30/09/2010.

Oltre il 30/09/2010 non potranno più verificarsi inclusioni di familiari già presenti al 01/09/2010 all'interno del nucleo familiare assicurato.

12. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

12.1 Inclusione del coniuge o del convivente "more uxorio" e di tutti i familiari fiscalmente a carico e non a carico risultanti dallo stato di famiglia.

I dipendenti in quiescenza alla data di decorrenza del contratto potranno includere il coniuge o il convivente "more uxorio" e tutti i familiari fiscalmente a carico e non a carico risultanti dallo stato di famiglia mediante pagamento del relativo premio ed invio dell'apposito modulo tassativamente entro la data del 31/10/2010; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge o il convivente "more uxorio" e tutti i familiari fiscalmente a carico e non a carico di neopensionati sempreché risultanti dallo stato di famiglia.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

12.2 Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i pensionati in garanzia alla data di decorrenza del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto 2 "Persone assicurate", secondo capoverso, in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la

variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società.

12.3 Nuovi passaggi in quiescenza

Nel caso di nuovi passaggi in quiescenza, il neopensionato e i familiari assicurati come indicati al punto 2 "Persone assicurate", secondo capoverso, vengono mantenuti in garanzia nella polizza per i dipendenti in servizio sino alla prima scadenza annuale successiva. Entro tale termine, il neopensionato ha facoltà di aderire alla copertura prevista per il personale in quiescenza dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare, dandone comunicazione alla Società, mediante compilazione e invio alla stessa dell'apposito modulo. Oltre il suddetto termine non potrà più aderire alla copertura prevista per il personale in quiescenza dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare.

Qualora il neopensionato intenda inserire anche l'eventuale coniuge o il convivente "more uxorio" e tutti i familiari fiscalmente a carico e non a carico risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto della propria adesione alla polizza per il personale in quiescenza dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare.

12.4 Perdita del requisito di carico fiscale da parte di un figlio o di altro familiare fiscalmente a carico

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte di un figlio o di un altro familiare fiscalmente a carico, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società; potrà essere mantenuta con versamento del premio per il figlio o il familiare fiscalmente non a carico da parte del pensionato. Qualora il figlio o il familiare fiscalmente non a carico non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente.

12.5 Acquisizione del requisito di carico fiscale da parte di un figlio o di un altro familiare fiscalmente non a carico

Nel caso di acquisizione del requisito del carico fiscale da parte di un figlio o di un altro familiare fiscalmente non a carico, la variazione del carico fiscale dovrà essere immediatamente comunicata dal pensionato alla Società. La garanzia verrà mantenuta con rimborso da parte della Società, al netto delle imposte, del rateo del premio per il figlio o il familiare fiscalmente non a carico pagato dal pensionato e non più dovuto.

Relativamente alle inclusioni e variazione nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 1, 2, 3, 4 e 5 del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione/variazione al termine del periodo assicurativo in corso.

12.6 Decesso del titolare di polizza

L'assicurazione cessa automaticamente dal momento del decesso del titolare; in tal caso a tutti i componenti del nucleo familiare del titolare è data facoltà di proseguire la copertura assicurativa con adesione su base volontaria.

13. VERIFICA DEL RAPPORTO TECNICO

Al 01/03/2012 (e parimenti per ogni successiva annualità) verrà effettuato il calcolo del rapporto fra i sinistri pagati e riservati ed i premi di competenza del periodo 01/09/2010 – 01/07/2012 della polizza, in base ai dati di consuntivo rilevati a quella data e delle proiezioni di chiusura dell'annualità.

Numeratore: sinistri pagati + riservati del periodo 01/09/2010 – 01/07/2012.

Denominatore: premi netti di competenza del periodo 01/09/2010 – 01/07/2012.

Nel computo dei sinistri, pagati e riservati, e dei premi netti verranno calcolati anche quelli relativi alle coperture per il personale dipendente in servizio e di quello associato all'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare e dei, rispettivi, familiari iscritti nelle relative polizze.

1) **In presenza di un valore inferiore o uguale al 75%**

Le condizioni rimarranno immutate.

2) **In presenza di un valore superiore al 75%**

La Società proporrà le modifiche alle garanzie di polizza entro il 31/03/2012 tali da riportare il valore del rapporto sinistri/premi al 75%. Nel caso di non accettazione delle nuove condizioni da parte del contraente la disdetta dovrà essere comunicata tramite raccomandata con ricevuta di ritorno alla Società entro il 30/04/2012. La disdetta avrà effetto dalle ore 00.00 del 30/11/2012.

Per il periodo 01/09/2012 - 30/11/2012 il premio da pagare corrisponde a 3/12 del premio annuale.



A – CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del giorno indicato nel paragrafo 11, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 00.00 del giorno dell'avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società.

Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del sessantesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha durata quinquennale e scade alle ore 24.00 del 31/08/2015.

Il contratto assicurativo cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta e non può essere tacitamente rinnovato nè prorogato, fermo quanto previsto al punto 13 "Verifica del rapporto tecnico".

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DELL'ASSICURAZIONE

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

A.4 ONERI FISCALI

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

A.5 FORO COMPETENTE

Per le controversie tra la Società e i singoli Assicurati il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Per le controversie relative al Contratto tra la Società ed il Contraente è competente esclusivamente il Foro di Roma.

A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione inerente i diritti derivanti dal presente Capitolato è di un anno a norma dell'art. 2952 c.c..

A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

A.8 ALTRE ASSICURAZIONI

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

A.9 RECESSO

Il recesso dalla Polizza per il personale dipendente si estende anche alla presente polizza.

f

B – LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri, inclusi i day-hospital, durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. i day-hospital medici effettuati a fine esclusivamente diagnostico;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. limitatamente ai familiari dei pensionati, che aderiranno su base volontaria, sono escluse le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, nonché le malattie croniche recidivanti.

B.3 LIMITI DI ETA'

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata senza alcun limite di età del titolare o dei componenti del nucleo familiare del titolare, cessando automaticamente dal momento del decesso del titolare stesso; in tal caso a tutti i componenti del nucleo familiare del titolare è data facoltà di proseguire la copertura con adesione su base volontaria.

C – SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa della Società al numero verde gratuito (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti **C.1.1** "Sinistri in strutture convenzionate con la Società", **C.1.2** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" **C.1.3** "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordata, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti **C.1.2** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e **3.7** "Modalità di erogazione delle prestazioni" **lett. b)** "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società".

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETA'

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di cure e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità previste ai punti **C.1.2** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e **3.7** "Modalità di erogazione delle prestazioni" **lett. b)** "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società".

La Società rende disponibile e costantemente aggiornato, attraverso un sito web appositamente predisposto, un elenco con l'indicazione delle Strutture convenzionate con la Società. Le informazioni sui medici convenzionati saranno fornite tramite il numero verde 800.....

C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETA'

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Società il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme

all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Il rimborso di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato dalla Società entro 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione necessaria completa.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, con le modalità di cui al punto 3.7 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa in originale viene conservata dalla Società e inviata all'Assicurato con cadenza mensile.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **Riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione;
- **Riepilogo trimestrale** delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate nel corso del trimestre;
- **Riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato/Assistito.

Per sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui è sostenuta la spesa.

C.2 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

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

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

Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.



ALLEGATO E

PREMIO PERSONALE IN QUIESCENZA/FAMILIARI (compreso il coniuge/convivente more uxorio) Ad adesione volontaria e con premio a carico del dipendente in quiescenza	Punteggio massimo punti 2
Premio dovuto per ciascun dipendente in quiescenza che in servizio era iscritto alla polizza per i dipendenti	Punteggio massimo Punti 1
Premio dovuto per ciascun dipendente in quiescenza che in servizio <u>non</u> era iscritto alla polizza per i dipendenti	Punteggio massimo Punti 0,5
Premio dovuto per ciascun familiare del dipendente in quiescenza fiscalmente a carico e risultante dallo stato di famiglia	Punteggio massimo Punti 0,25
Premio dovuto per ciascun familiare del dipendente in quiescenza fiscalmente <u>non</u> a carico e risultante dallo stato di famiglia	Punteggio massimo Punti 0,25

A