



Doc.

**Capitolato di Polizza Rimborso Spese
Mediche Categorie Dipendenti e
Dirigenti (no FASDAC)
Convenzione ANCI**

CONTRAENTE	CASSA DI ASSISTENZA <NOME CASSA>
COMMITTENTE	ANCI Via dei Prefetti, 46 00186 Roma (RM) C.F. 80118510587
AZIENDE ASSOCIATE - ASSOCIATI	ANCI Via dei Prefetti, 46 00186 Roma (RM) C.F. 80118510587 IFEL Piazza di S. Lorenzo in Lucina, 26 00186 Roma (RM) C.F. 97413850583 CITTALIA Via dei Prefetti, 46 00186 Roma (RM) C.F.08689441007 COMUNICARE – ANCI COMUNICAZIONE ED EVENTI SRLU Via dei Prefetti, 46 00186 Roma (RM) C.F. 09917591001
DURATA DEL CONTRATTO	Dalle ore 00:00 del 01 Luglio 2024 Alle ore 24:00 del 30 Giugno 2025
TACITO RINNOVO	NO
RATEAZIONE DEL PREMIO	Il pagamento del premio sarà effettuato dall'Azienda Associata in rate semestrali alle scadenze del 30 Giugno e 31 Dicembre di ogni anno.
OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	Rimborso Spese Mediche da Malattia o Infortunio
VALUTA	Tutti gli importi del presente Capitolato si intendono in EURO

OGGETTO DELLA CONVENZIONE

Il servizio è prestato in favore del personale con qualifica di Dipendente e Dirigente non assistito dal FASDAC delle Aziende Associate, indipendentemente dalle loro condizioni fisiche ed opera sia in caso di malattia che di infortunio. I soggetti di cui sopra sono i titolari di copertura sanitaria; il servizio opera inoltre in favore del nucleo familiare fiscalmente a carico del titolare.

Il contratto (quale) prevede l'adesione dell'ANCI (Committente) e delle Aziende associate del Gruppo ad un Fondo Sanitario per garantire ai propri dipendenti beneficiari di cui al presente Capitolato, ed ai dipendenti delle Aziende Associate, un'assistenza sanitaria privata che affianchi le prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, attraverso prestazioni sanitarie integrative, aggiuntive, duplicative o complementari rispetto ai livelli essenziali di assistenza. Il corrispettivo per tale adesione sarà a carico delle Aziende Associate.

Le prestazioni di cui al capo precedente confluiranno dunque all'interno della Cassa iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009.

Le prestazioni sanitarie potranno essere erogate sia in forma diretta, attraverso il ricorso a strutture e/o medici convenzionati, che in forma indiretta attraverso il rimborso delle spese sanitarie sostenute, nei termini, nella misura e con le modalità indicate dalle norme seguenti:

- a) Gli Assicurati, ricorrendo al Network previa attivazione della Centrale Operativa Medica, usufruiscono del pagamento diretto delle spese di ricovero o intervento da parte della Società. Saranno solo soggetti al rimborso degli scoperti e/o franchigie, dove previsti in polizza.
- b) Nel caso in cui l'Assicurato non si avvalga del Network, il rimborso sarà effettuato, previa applicazione degli scoperti e/o franchigie, dove previste in polizza dietro presentazione della documentazione medica che giustifichi la spesa.
- c) Nel caso in cui l'Assicurato effettui prestazioni in regime misto (struttura sanitaria convenzionata, équipe medica non convenzionata o viceversa), la Società applicherà gli scoperti e le franchigie previste per la forma fuori Network mentre l'indennizzo avverrà secondo le modalità previste nei due paragrafi precedenti

Il dettaglio del Network sarà consultabile sul sito internet della Società e/o del Fondo Sanitario/Cassa di assistenza.

Integrazione QUAS (Categoria Quadri)

Le garanzie di cui alla presente assicurazione sono prestate anche ad integrazione del seguente Fondo di assistenza sanitaria cui possono aderire parte degli Assicurati: **QUAS**.

Per il Dipendente beneficiario della prestazione base del predetto Fondo, l'assicurazione si intende prestata ad integrazione dello stesso e pertanto le franchigie previste nelle opzioni di copertura si intendono abrogate.

Nel caso il suddetto Ente si rifiutasse di erogare il rimborso delle spese presentate, malgrado le stesse rientrino tra quelle previste dal proprio regolamento ed indennizzabili a termini di polizza, la Società darà comunque corso al rimborso delle sole spese eccedenti quelle previste dal regolamento, restando a carico dell'Assicurato gli importi previsti dal regolamento stesso.

Resta inteso che:

- qualora l'Assicurato non usufruisca, per qualsivoglia motivo, dell'assistenza del QUAS per una prestazione erogata dal QUAS medesimo, l'assicurazione opera in forma a primo rischio, previa applicazione di uno scoperto del 35%;
- qualora l'Assicurato richieda il rimborso delle spese sostenute per prestazioni indennizzabili a termini

del presente contratto, ma non previste dal QUAS al quale è iscritto, la Società darà corso al rimborso nei limiti e con gli eventuali scoperti e franchigie previsti nel successivo prospetto.

Essendo l'assicurazione prestata per nucleo familiare, quanto disposto nei paragrafi precedenti del presente articolo vale esclusivamente per il Quadro stesso e non per il corrispondente nucleo familiare, come previsto nelle Definizioni contrattuali, in quanto i familiari non risultano assicurati in base al regolamento dell'ente QUAS (ad eccezione delle persone per le quali è previsto il versamento di un contributo aggiuntivo, nei confronti delle quali siano operanti le prestazioni del QUAS stesso). Pertanto, per i familiari del Dipendente, non iscritti al QUAS, la presente copertura opera in forma a primo rischio, alle condizioni tutte prestate dalla presente polizza, previa applicazione degli scoperti/franchigie previsti dalle singole garanzie.

SOMME ASSICURATE

GARANZIA	ART. DI RIFERIMENTO DEL CAPITOLATO	MASSIMALE/ LIMITE DI INDENNIZZO	SCOPERTI / FRANCHIGIE
OSPEDALIERE			
A) Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in Istituto di cura, Day Hospital, intervento chirurgico ambulatoriale con limite di spesa per le seguenti prestazioni:	7 "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE"	€ 100.000,00 per anno/nucleo con raddoppio in caso di Grande Intervento Chirurgico come da Allegato 1	In Network Scoperto 15% minimo € 1.000 Fuori Network Scoperto 25% minimo € 3.000
- rette degenza in regime di Day Hospital	c.s.	€ 150,00	
- interventi per vizi di rifrazione per ogni occhio	c.s.	€ 750,00	
- vitto e pernottamento di un accompagnatore in Istituto di cura o, se non disponibile, in albergo massimo 30 giorni - al giorno	c.s.	€ 100,00	
- trasporto in ambulanza	c.s.	€ 1.300,00	
- trasporto Assicurato con accompagnatore all'estero, in treno o aereo	c.s.	€ 1.500,00	
- rimpatrio della salma dall'estero	c.s.	€ 2.000,00	
- parto con taglio cesareo	c.s.	€ 5.000,00 con il limite di € 150,00 al giorno per rette di degenza	
- parto naturale	c.s.	€ 2.600,00	

B) Ricovero in Istituto di cura od in regime di Day Hospital o prestazioni in regime ambulatoriale che non comportino intervento chirurgico con limite di spesa per le seguenti prestazioni:	7 "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE"	Compreso nel massimale A)	In Network Scoperto 15% minimo € 1.000 Fuori Network Scoperto 25% minimo € 3.000
- rette degenza in regime di Day Hospital	c.s.	€ 150,00	
- vitto e pernottamento di un accompagnatore in Istituto di cura o, se non disponibile, in albergo massimo 30 giorni - al giorno	c.s.	€ 100,00	
- trasporto in ambulanza	c.s.	€ 1.300,00	
- trasporto Assicurato con accompagnatore all'estero, in treno o aereo	c.s.	€ 1.500,00	
- rimpatrio della salma dall'estero	c.s.	€ 2.000,00	
C) Indennità sostitutiva: integrale per ogni giorno di ricovero ridotta al 50% per Day Hospital con il massimo 120 giorni /anno/ persona (massimo 60 giorni per evento)	7 "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE"	€ 150,00	
EXTRAOSPEDALIERE			
D) Spese extraricovero ad alta specializzazione - elencate	7 "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE"	€ 2.600,00 per anno/nucleo	In Network Scoperto 10% minimo € 50 per evento Fuori Network Scoperto 15% minimo € 70 per evento
E) Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio	7 "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE"	€ 1.200,00 per anno/nucleo	In Network Scoperto 10% minimo € 50 per evento e/o ciclo terapeutico Fuori Network Scoperto 15% minimo € 70 per evento e/o ciclo terapeutico
F) Protesi ortopediche e apparecchi acustici	7 "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE"	€ 2.600,00 per anno/nucleo	Scoperto 20% minimo € 50,00 per evento

G) Check up preventivo -	7 "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE"	€ 500,00 per persona per anno	In Network Scoperto 10% minimo € 15,00 per evento Fuori Network Scoperto 15% minimo € 30,00 per evento
H) Cure e protesi dentarie	7 "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE"	€ 700,00 per anno/nucleo	In Network: scoperto 20% minimo 50,00 per evento e/o ciclo terapeutico Fuori Network 25% minimo € 100,00 per evento e/o ciclo terapeutico
I) Lenti e/o lenti a contatto e montature a seguito modifica visus – per persona e per anno	7 "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE"	€ 250,00	Scoperto 30% per evento
J) Ticket sanitari	7 "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE"	Rimborso 100%	Nessuna

NUCLEI ASSICURATI IN FORMA COMPLETA:

- ANCI n. 94 (novantaquattro)
- IFEL n. 43 (quarantatré)
- CITTALIA n. 82 (ottantadue)
- ANCOMUNICARE n. 13 (tredici)

NUCLEI ASSICURATI IN FORMA INTEGRATIVA AL QUAS:

- IFEL n. 12 (dodici)

L'elenco definitivo degli Assicurati sarà fornito alla Cassa dall'Azienda Associata prima della decorrenza della polizza; sulla base di tali dati definitivi verrà ricalcolato il premio dovuto. Relativamente ai familiari ciascun dipendente provvederà a comunicare il dettaglio del proprio nucleo familiare assistibile con le modalità che verranno convenute.

PREMIO ANNUO LORDO (€) PER OGNI NUCLEO IN FORMA COMPLETA	
---	--

PREMIO ANNUO LORDO (€) PER OGNI NUCLEO IN FORMA INTEGRATIVA	
--	--

L'importo di aggiudicazione del servizio è onnicomprensivo e include ogni spesa di adesione al Fondo, compresa la quota associativa, se dovuta.

PREMESSA

Si precisa che per ogni Azienda Associata verrà emessa una polizza a Contraenza Cassa alle condizioni previste alla presente Convenzione.

PRECISAZIONI

Si conviene che in caso di sinistro nell'interpretazione delle condizioni verrà applicata la formulazione più favorevole per l'Assicurato.

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, ai sottoindicati termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

- 1) **Assicurato:** il soggetto il cui interesse è coperto dall'assicurazione, a cui spettano i diritti derivanti dalla polizza;
- 2) **Assicurazione:** la polizza di assicurazione stipulato tra il Fondo Sanitario e la Società;
- 3) **Assistenza infermieristica:** l'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma;
- 4) **Azienda Associata/Associato:** ciascun Ente aderente alla Cassa
- 5) **Broker:** De Besi Di Giacomo Spa, intermediario assicurativo incaricato dalle Aziende Associate
- 6) **Check up:** controllo preventivo;
- 7) **Contraente:** il Fondo Sanitario, soggetto che stipula l'Assicurazione che stipula la polizza per conto delle Aziende Associate.
- 8) **Centrale operativa Medica:** la struttura che organizza ed eroga i servizi e le prestazioni previsti in polizza
- 9) **Centro medico:** il centro anche non adibito a ricovero dei malati, regolarmente autorizzato per prestazioni mediche, esami radiografici e diagnostici, analisi, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali
- 10) **Evento:** l'insieme di tutte le prestazioni per le garanzie di day hospital ed extraospedaliere effettuate per la stessa patologia e sostenute entro la data della scadenza della presente polizza; il singolo ricovero con degenza notturna costituisce invece un evento a sé stante, anche se relativo alla medesima patologia di un altro precedente ricovero dello stesso tipo.
- 11) **Fondo sanitario:** Fondo Sanitario/Cassa di Assistenza Sanitaria, iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 individuato dalla Società che stipula la polizza per conto delle Aziende Associate.
- 12) **Premio/Contributo:** la somma dovuta dal Contraente come corrispettivo dell'assicurazione;
- 13) **Day Hospital:** degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno;
- 14) **Difetto fisico:** deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o parti di esso dovuto a sviluppo somatico in soggetti già costituzionalmente predisposti o a condizioni traumatiche acquisite;
- 15) **Franchigia:** importo fisso che resta a carico dell'Assicurato sull'indennizzo;
- 16) **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro;
- 17) **Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali

obiettivamente constatabili;

- 18) **Intervento chirurgico ambulatoriale:** intervento di chirurgia effettuato senza degenza, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, ago aspirato, infiltrazioni articolari
- 19) **Intervento chirurgico ad alta specializzazione (Grandi Interventi):** l'intervento chirurgico di cui all'allegato 1);
- 20) **Istituto di cura:** ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna;
- 21) **Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici. Si intendono incluse le malattie che sono espressione e conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di iscrizione; la gravidanza è considerata malattia a tutti gli effetti.
- 22) **Malattia oncologica:** malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive;
- 23) **Network:** rete convenzionata con la Società, consultabile nel sito internet della Società, costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Centri Medici, Medici specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.
- 24) **Nucleo familiare:** coniuge o convivente di fatto e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia; sono compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età;
- 25) **Polizza:** il documento che prova l'assicurazione
- 26) **Protesi:** dispositivo con carattere anatomico-funzionale usato per sostituire parzialmente o totalmente una parte del corpo umano non più in grado di operare correttamente;
- 27) **Ricovero:** degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento;
- 28) **Rischio:** la probabilità del verificarsi del sinistro
- 29) **Scoperto:** la somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato;
- 30) **Sinistro:** Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione
- 31) **Società:** l'impresa assicuratrice;
- 32) **Somma assicurata:** la somma che rappresenta il limite fino al quale la Società è obbligata;
- 33) **Ticket sanitario:** il contributo dovuto per la prestazione ricevuta, calcolato sulle tariffe del Servizio Sanitario Nazionale. La prestazione può essere erogata o da una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, o da una struttura privata in regime di convenzione;
- 34) **Visita specialistica:** visita effettuata da medico, la cui specializzazione sia inerente la patologia denunciata.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione, ad adesione obbligatoria, ha per oggetto il rimborso delle spese sanitarie sostenute da Dipendenti (Impiegati e Quadri) e Dirigenti dell'Azienda Associata e dei relativi nuclei familiari.

Le garanzie valgono integralmente per le spese sostenute con applicazione degli eventuali scoperti e/o franchigie previste in polizza, come risultanti dalla migliore offerta aggiudicata.

Art. 2 – Persone non assicurabili

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni. Per quelle che raggiungano tale limite di età, l'Assicurazione cessa alla prima scadenza annuale successiva del Premio, salvo diversa pattuizione.

E' esclusa l'operatività della polizza con riferimento agli stati patologici derivanti da:

- l'infezione da HIV;
- le malattie mentali, le sindromi organiche cerebrali, i disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze;
- gli Infortuni e le Malattie conseguenti ad alcoolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni.

Art. 3 - Esclusioni

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico salvo per i neonati che non abbiano compiuto il 3° anno di età e quella a scopo ricostruttivo da Infortunio e/o da Malattia Oncologica;
- agopuntura non effettuata da medico;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- conseguenze dirette od indirette da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.
- ogni cura, trattamento o prestazione non effettuata da medici o da centri medici / Istituti di cura. Sono di converso inclusi trattamenti e prestazioni rese da personale infermieristico, laddove siano indicati.
- le prestazioni non congruenti con la diagnosi
- i trattamenti e le cure rese necessarie da infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e motoristici in genere, da parte dell'Assicurato
- ogni prestazione propedeutica, connessa o consequenziale alla fecondazione assistita
- le conseguenze scaturenti da guerra dichiarata e non dichiarata, insurrezione generale, occupazione militare, invasione;
- lungodegenze, intese come ricoveri connessi a condizioni fisiche dei beneficiari che non consentano più la guarigione con trattamenti medici o che rendano necessaria la permanenza sine die in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento

Art. 4 - Carenza

L'Assicurazione non prevede periodi di carenza nei quali la copertura non è attiva.

Art. 5 – Efficacia temporale dell'assicurazione

L'assicurazione ha efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza della presente polizza, intendendosi per tali le spese sostenute in data successiva alla decorrenza ed entro la scadenza della stessa.

Relativamente ai ricoveri l'assicurazione ha efficacia anche quando gli stessi siano avvenuti in vigenza di polizza e terminati con le dimissioni dall'Istituto di cura in data successiva alla decorrenza della polizza.

Relativamente alle Garanzie previste ai punti A e B restano confermate, in ogni caso, in copertura della presente polizza le estensioni temporali indicate nell'Art. 7.

Art. 6 – Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 7 – Garanzie

I massimali e limiti previsti per le garanzie sottoelencate si intendono, salvo dove diversamente indicato, per anno e nucleo.

A) Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in Istituto di cura, Day Hospital o intervento chirurgico ambulatoriale:

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza; limitatamente ai ricoveri in regime di Day Hospital il limite giornaliero è di € 150,00;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei centoventi (120) giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei centoventi (120) giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- le spese relative agli interventi chirurgici finalizzati alla correzione di vizi di rifrazione (esempio: miopia, presbiopia, ipermetropia, astigmatismo) effettuati con le metodiche laser ed altro con il limite di € 750,00 per occhio; in caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 3 diottrie oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 6 diottrie
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 100,00 e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni trenta (30);
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 1.300,00 per intervento o ricovero;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e successivo ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), col massimo di € 1.500,00 per intervento o ricovero;
- In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di € 2.000,00.

In caso di parto con **taglio cesareo** la Società rimborsa le seguenti spese comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del limite di € 5.000,00 per annualità assicurativa:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- le rette di degenza fino al limite giornaliero di € 150,00;

In caso di parto **senza taglio cesareo** la Società rimborsa le seguenti spese comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del limite di € 2.600,00 per annualità assicurativa:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero anche del neonato;
- le rette di degenza fino al limite giornaliero di € 150,00;

In caso di ricovero che abbia comportato un Intervento Chirurgico tra quelli indicati nell'elenco di cui all'Allegato 1 - **ELENCO INTERVENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**, il massimale della garanzia A) deve intendersi raddoppiato da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo

familiare.

B) Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico per:

- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei centoventi (120) giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- rette di degenza; limitatamente ai ricoveri in regime di Day Hospital il limite giornaliero è di € 150,00;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei centoventi (120) giorni successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 100,00 e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni trenta (30);
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 1.300,00 per ricovero.
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e successivo ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), col massimo di € 1.500,00 in caso di ricovero o day hospital che non comportino intervento chirurgico;

In caso di decesso durante il ricovero avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di € 2.000,00.

C) Indennità sostitutiva

Qualora il ricovero o la degenza in regime di Day Hospital avvenga in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) - esclusi eventuali ticket - la Società corrisponderà una indennità sostitutiva:

- integralmente per ogni pernottamento in istituto di cura;
- al 50 % nel caso di Day Hospital.

Le eventuali spese collegate all'intervento elencate nella garanzia A) saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di polizza.

D) Spese extraricovero ad alta specializzazione

La Società rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione.

L'elenco delle prestazioni rimborsabili è il seguente:

- AMNIOCENTESI ovvero, in alternativa, VILLOCENTESI o altro esame diagnostico equivalente non invasivo (es. Prenatal Safe) in caso donne con età > 35 anni e/o di sospetta patologia della gestante o del feto, Angiografia, Arteriografia, Cistografia, Coronarografia, Doppler, Ecocardiografia, Elettromiografia, Endoscopia, Esame urodinamico completo, Holter, Isterosalpingografia, Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC), Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), Scintigrafia, Tomografia ad emissione di positroni (PET), Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Urografia.

E) Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio

La Società rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per:

- onorari dei medici per visite specialistiche (inclusa l'agopuntura ma escluse comunque le visite pediatriche non richieste dal medico di base del bambino, odontoiatriche ed ortodontiche) intendendosi per tali quelle effettuate da medico;
- analisi ed esami diagnostici e di laboratorio;
- le terapie fisiche, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi (compresa la logopedia), le terapie psicologiche. Si precisa che i trattamenti devono essere prescritti da medico specialista e possono essere svolti o all'interno di un centro medico specializzato o eseguiti da persone iscritte al relativo Albo delle figure professionali riconosciute dagli elenchi delle Arti e Professioni sanitarie. In caso di infortunio si precisa che lo stesso deve essere documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera cui si è fatto immediato ricorso. Si precisa altresì che saranno ammesse a rimborso soltanto le prestazioni effettuate entro due (2) anni dalla data dell'evento, purché in vigore di polizza. La copertura vale anche per le spese incluse nelle voci A) e B), per il periodo successivo ai 120 giorni dalla dimissione dal ricovero, purché siano trattamenti prescritti dal medico specialista

F) Protesi ortopediche e apparecchi acustici

La Società rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici.

G) Check up

La Società rimborsa le spese sostenute, a scopo preventivo e quindi in assenza di alterazioni morbose, per i seguenti accertamenti diagnostici:

DONNA: esame mammografico, pap-test, elettrocardiogramma, esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, glicemia, VES, LDL, azotemia, creatininemia, HDL quadro lipidico (colesterolo, trigliceridi, lipoproteine);

UOMO: elettrocardiogramma a riposo e da sforzo, esame radiologico del torace, esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, glicemia, VES, LDL, azotemia, creatininemia, HDL quadro lipidico (colesterolo, trigliceridi, lipoproteine).

Ciascuno dei predetti esami può essere effettuato, ogni due (2) anni assicurativi, per ogni persona assicurata.

H) Cure e protesi dentarie

La Società rimborsa le spese sostenute per cure dentarie quali a titolo esemplificativo ma non limitativo le cure, la pulizia, le estrazioni, le protesi dentarie ed ortodontiche.

I) Lenti correttive

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti, compreso il costo delle montature, e lenti a contatto esclusivamente a seguito di certificazione medica, rilasciata da medico specialista o ottico optometrista regolarmente abilitato, per modifica visus o per prima prescrizione, purché avvenuta nei 12 mesi precedenti la spesa.

J) Ticket sanitario

Qualora le spese sostenute nell'ambito delle garanzie fossero effettuate presso il SSN, l'importo di eventuali ticket sarà rimborsato al 100% nell'ambito del massimale previsto per ogni garanzia.

Art. 8 - Anticipo

Relativamente alle garanzie **A) e B)**, nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assicurato domandare anticipatamente - entro il limite dell'80% della somma assicurata - il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo

conguaglio a cure ultimate.

L'anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità a termini di polizza delle spese di ricovero;
- sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito, il presunto ammontare delle spese sanitarie, la descrizione della patologia che determinato rende necessario il ricovero o l'intervento chirurgico, la data prevista per il ricovero.

NORME IN CASO DI SINISTRO

Art. 1 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro corredata dalla necessaria documentazione medica con la prescrizione riportante il quesito diagnostico;
- allegare la copia della cartella clinica completa per le prestazioni connesse ai ricoveri;
- acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti.
- fornire tutta la documentazione (medica e non) che la società riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro.

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice civile.

Le procedure di denuncia e di presentazione della documentazione saranno oggetto di apposito regolamento a parte da concordare tra le parti.

Art. 2 – Criteri di liquidazione

La Società, entro trenta (30) giorni dalla presentazione della necessaria documentazione medica e, in originale, delle relative notule e fatture debitamente quietanzate, rimborsa l'Assicurato.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un Ente assistenziale per ottenere il rimborso dallo stesso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente assistenziale.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – Variazione del rischio

Premesso che per "Variazione del rischio" si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula della polizza, qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione della polizza, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici (15) giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto alla Società. Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione dell'Azienda Associata in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. L'Azienda Associata non è tenuta a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Nel caso di documentata diminuzione dei valori assicurati o di rischio la Società, a parziale deroga dell'articolo

1897 del Codice Civile, provvederà alla relativa riduzione del premio con decorrenza dal giorno successivo all'avvenuta notifica, rimborsando la corrispondente quota di premio netto pagato e non goduto e rinuncia al relativo recesso.

Art. 2 – Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali (operante in caso di contratti pluriennali)

Fermo quanto previsto dall'art. 60 del D.lgs n. 36/2023, essendo la polizza di durata pluriennale, qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei (6) mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare all'Amministrazione, la Società può segnalare all'Azienda Associata il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'art. 1 (Variazione del rischio) delle presenti "Norme che regolano l'assicurazione in generale" e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.120 del D.lgs. 31 marzo 2023, N. 36, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali assicurati.

L'Azienda Associata, entro quindici (15) giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

Art. 3 – Clausola di recesso (operante in caso di contratti pluriennali)

In caso di mancato accordo, ai sensi dell'art. 2 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) delle presenti "Norme che regolano l'assicurazione in generale", tra le parti, la Società può recedere dalla polizza. Il recesso decorre:

- a. dalla scadenza dell'annualità nel caso in cui il mancato accordo avvenga nei primi sei (6) mesi dell'anno;
- b. dalla scadenza del primo semestre dell'anno successivo nel caso in cui il mancato accordo avvenga nei secondi sei (6) mesi dell'anno.

La facoltà di recesso si esercita entro trenta (30) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art. 2 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) delle presenti "Norme che regolano l'assicurazione in generale", presentata dalla Società, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta (30) giorni dalla ricezione della controproposta dell'Azienda Associata.

Qualora alla data di effetto del recesso La Committente non sia riuscita ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 90 (novanta) giorni. La Committente-contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del contributo.

Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art. 21 (Produzione di informazioni sui sinistri) delle presenti "Norme che regolano l'assicurazione in generale" riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 4 – Durata dell'assicurazione

La Polizza è stipulata per la durata di anni 1 (uno) con effetto dalle ore 00:00 del 01 Luglio 2024 alle ore 24:00 del 30 Giugno 2025.

In casi eccezionali, ai sensi di quanto previsto dall'Art. art. 120 d.lgs. 36/2023 sub. 11, il contratto in corso di esecuzione può essere prorogato per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo contraente se si verificano le condizioni indicate all'articolo 120, comma 11, del Codice e comunque non superiore a 180 gg..

In tal caso l'Appaltatore è tenuto all'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni previsti nel contratto.

L'esercizio di tale facoltà è comunicato all'appaltatore almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto.

Art. 5 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto

dell'indennizzo, l'Azienda Associata può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso da parte dell'Azienda Associata ha effetto dalla data di invio della sua comunicazione;

La Società, entro trenta (30) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

Art. 6 – Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Nel caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, avvenute in buona fede, l'Assicurato non decadrà dal diritto all'indennizzo.

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della comunicazione da farsi all'Azienda Associata nei tre (3) mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza delle dichiarazioni o la reticenza.

Art. 7 - Delimitazione temporale della garanzia

La Società è obbligata unicamente per i fatti accaduti durante il periodo di efficacia della polizza, come definiti all'articolo 5 delle norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche. Essa, tuttavia, non sarà operante per i fatti che, pur originatisi durante il periodo di efficacia della polizza, siano denunciati alla Società dopo più di due (2) anni dalla cessazione della stessa.

Art. 8 – Assicurazione presso diverse Società

L'Azienda Associata ed i singoli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze stipulate per i medesimi rischi.

Art. 9 – Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

Il premio alla firma della polizza deve essere corrisposto dal Contraente alla Società entro 60 giorni dalla data di effetto della copertura. Le rate di premio successive alla prima beneficiano dello stesso termine di pagamento.

Pertanto ciascuna Azienda Associata è tenuta al pagamento alla Contraente della prima rata di contributo assistenziale entro quarantacinque (45) giorni dalla data di effetto della copertura; in assenza di tale pagamento la copertura rimane sospesa dal quarantaseiesimo giorno e riprenderà effetto dal giorno del pagamento.

Se l'Azienda Associata non paga i contributi successivi, la copertura resta sospesa dalle ore 24 del quarantacinquesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali l'Azienda Associata è tenuta a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società dà atto che:

a. l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dall'Azienda Associata ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di trenta (30) giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

b. Il pagamento effettuato dall'Azienda Associata direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 10 – Inclusione ed Esclusione degli Assistiti

L'inclusione di Assicurati dovute al personale di nuova assunzione sono così regolamentate:

- se avvenute nel primo semestre dell'anno comporteranno la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se avvenute nel secondo semestre dell'anno comporteranno la corresponsione del xx% (importo definito all'interno della scheda di offerta tecnica) del premio annuo.

Eventuali esclusioni di Assicurati avvenute in corso d'anno non daranno luogo al rimborso del premio che si considera pertanto acquisito dalla Società nel caso di cessazione/risoluzione del rapporto di lavoro; l'ex dipendente e gli eventuali familiari Assicurati verranno mantenuti in copertura fino alla prima scadenza annuale successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Le variazioni di Assicurati che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicate alla Contraente per tramite del broker. Nel caso di nuova assunzione la garanzia decorre dalle 00:00 della data di assunzione purché la relativa comunicazione venga effettuata dall'Azienda Associata entro 30 giorni solari dalla data di assunzione; superato tale limite temporale di 30 giorni solari l'assicurazione decorrerà dalla data di effettiva comunicazione dell'assunzione da parte dell'Azienda Associata.

Il pagamento delle differenze risultanti dalle variazioni come sopra indicato verrà corrisposto con le stesse modalità di cui all'art. 9.

Art. 11 – Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 12 - Diritto di Surrogazione

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 13 – Coassicurazione e delega

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c. c. le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla polizza.

La Spettabile **<COMPAGNIA>** all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- incassare i premi dell'Assicurazione e pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso,

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici con applicazione di un'obbligazione solidale di tutte le Società in deroga all'art. 1911 c.c. anche relativamente al pagamento dell'indennizzo.

In generale, nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato a un raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti dell'Azienda Associata.

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

Art. 14 – Risoluzione delle controversie

Trova applicazione la disciplina di cui all'articolo 215 del D.lgs. n. 36/2023 e all'allegato V.2 del D.lgs. n. 36/2023, come dettagliatamente individuata all'articolo 26 del Disciplinare di gara.

Art. 15 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali e di Legge relativi all'assicurazione sono a carico dell'Azienda Associata.

Art. 16 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è diversamente regolato nella presente polizza, valgono le norme di legge e i documenti di gara.

Art. 17 – Tracciabilità dei flussi finanziari – Clausola risolutiva espressa

In conformità a quanto previsto dall'Art. 3, commi 8 e 9, della Legge n. 136 del 13/08/2010 ("Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia"), la Contraente, l'Azienda Associata e la Società assumono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla medesima Legge 136/2010 con particolare riferimento alle disposizioni contenute all'Art. 3, commi 8 e 9.

La presente polizza si intenderà risolta di diritto ex Art. 1456 C.C. e s.s. in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi dell'ausilio di Istituti Bancari o della società Poste Italiane e comunque si accerti il mancato rispetto degli adempimenti di cui al paragrafo precedente. La Contraente, l'Azienda Associata e la Società, e comunque ogni soggetto connesso alla presente polizza che abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria previsti dalla Legge 136/2010, devono manifestare immediatamente la volontà di avvalersi della clausola risolutiva, informandone, a mezzo comunicazione scritta, l'Azienda Associata e/o la Società e la Prefettura o l'Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente.

Art. 18 – Produzione di informazioni sui sinistri

Entro trenta (30) giorni dalla fine di ogni annualità e in ogni caso sei (6) mesi prima della scadenza finale della polizza, entro i trenta (30) giorni solari successivi, pena l'applicazione delle penali di cui al presente articolo, la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Azienda Associata l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della polizza. Tale elenco dovrà essere fornito tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura), e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il numero attribuito dalla Società;
- il numero di polizza sulla quale ricade;
- la data di accadimento;
- la data della denuncia;
- la garanzia interessata
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) sinistro agli atti, senza seguito;
 - b) sinistro liquidato, con indicazione della data di liquidazione, della eventuale franchigia applicata e dell'ammontare della liquidazione corrisposta al netto della franchigia
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica, con indicazione del relativo importo stimato.

In caso di mancato rispetto di quanto previsto al precedente comma 1, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, la Società dovrà corrispondere all'Azienda Associata un importo pari allo 0,1% (zerovirgolaunopercento) del premio annuo della polizza interessata dall'inadempimento per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari al 1% del premio annuo stesso.

Il mancato adempimento degli obblighi contrattuali che darà luogo all'applicazione della penale stabilita nel presente articolo, dovrà essere contestato alla Società per iscritto dall'Azienda Associata.

In riscontro alla suddetta contestazione, la Società dovrà comunicare per iscritto alla stessa le proprie deduzioni, supportate da una chiara ed esauriente documentazione, nel termine massimo di 5 (cinque) giorni lavorativi dalla ricezione della stessa contestazione. Qualora le predette deduzioni non vengano trasmesse entro il termine indicato, ovvero, pur essendo pervenute tempestivamente, non siano idonee, a giudizio della medesima Azienda Associata a giustificare l'inadempienza, potranno essere applicate alla Società le penali indicate al precedente periodo a decorrere dall'inizio dell'inadempimento.

La Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo che l'Azienda Associata, d'intesa con la Società, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza della polizza. Al riguardo l'Azienda Associata deve fornire adeguata motivazione.

Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza della polizza, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui al comma 1.

Art. 19 – Normativa in tema di contratti pubblici

L'Affidamento delle coperture assicurative previste dal presente contratto è subordinato all'integrale e assoluto rispetto della vigente normativa in tema di contratti pubblici. In particolare, la Società dovrà comprovare l'assenza delle condizioni ostative di cui agli articoli del Titolo IV, Capo II del D.Lgs 31 marzo 2023, N. 36, nonché la sussistenza di tutti gli ulteriori requisiti previsti dalla legge, dalla Lettera di invito e Disciplinare e dal presente Capitolato per il legittimo affidamento delle prestazioni ivi previste e la loro corretta e diligente esecuzione. La Società dovrà comunicare immediatamente alla Committente - pena la risoluzione di diritto del presente contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c. - ogni variazione rispetto ai requisiti di cui al periodo precedente, come dichiarati e accertati prima della sottoscrizione del contratto.

La Committente si riserva la facoltà, durante l'esecuzione del presente contratto, di verificare la permanenza di tutti i requisiti di legge in capo alla Società, al fine di accertare l'insussistenza degli elementi ostativi alla prosecuzione del rapporto contrattuale e ogni altra circostanza necessaria per la legittima acquisizione delle relative prestazioni.

Qualora nel corso del rapporto dovesse sopravvenire il difetto di alcuno dei predetti requisiti, il contratto si risolverà di diritto ai sensi dell'art. 1456 c.c.

Art. 20 – Clausole vessatorie

L'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del c.c. è a carico della Società offerente, che dovrà provvedervi entro e non oltre la data di effetto della polizza.

Art. 21 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

L'Azienda Associata dichiara, e la Società ne prende atto, che attraverso il presente contratto, il medesimo intende dare corso alla più ampia tutela degli specifici interessi inerenti all'oggetto dell'Assicurazione ed in relazione a ciò si impegna e garantisce l'intenzione di eseguire secondo buona fede e correttezza ogni adempimento previsto a proprio carico dalle Condizioni tutte di Polizza. La Società parimenti dichiara che, sin d'ora, rinuncia ad eccepire l'inoperatività della garanzia in conseguenza di inesatta, incompleta, ritardata od omessa esecuzione, da parte dell'Azienda Associata di ogni e qualunque adempimento inerente alla stipulazione e la gestione amministrativa della Polizza, inclusa l'esecuzione della stessa in caso di sinistro, purché ascrivibile ad atti od omissioni commessi in assenza di dolo dal Contraente o dalle persone del cui operato lo stesso deve rispondere. Resta inteso che l'Azienda Associata dovrà provvedere nel più breve tempo possibile all'esecuzione, rettifica, correzione, integrazione, completamento degli atti e comportamenti dovuti, nonché al pagamento del premio, o maggior premio, eventualmente spettante alla Società, nonché degli interessi di mora alla stessa dovuti nel caso in cui il ritardo nel pagamento abbia ecceduto i 60 giorni. Fermo restando quanto precedentemente previsto, si precisa, a maggior chiarimento, che le disposizioni di cui al presente comma non modificano il contenuto e l'estensione della garanzia assicurativa secondo le disposizioni normative ed economiche previste dalla presente Polizza.

Art. 22 – Clausola Broker

Premesso che l'ANCI ha conferito al Broker De Besi Di Giacomo l'incarico di brokeraggio assicurativo per la gestione del proprio programma, le Aziende Associate aventi diritto ad aderire al piano e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del broker De Besi Di Giacomo salvo il pagamento dei premi che verrà effettuato direttamente dalle Aziende Associate, per il tramite del Contraente, alla Società. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dalle Aziende Associate al broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa come pure ogni comunicazione fatta dal broker alla Società si intenderà come fatta dalle Aziende Associate stessa. La remunerazione del broker è posta a carico della Società aggiudicataria del presente appalto nella misura del 7% (sette per cento) del valore complessivo della copertura

ALLEGATO 1) ELENCO INTERVENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE (GRANDI INTERVENTI)

Collo

Paratiroidectomia (tipica e/o atipica)
Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale
Dissezione radicale del collo
Parotidectomia con conservazione del nervo facciale
Reinterventi di paratiroidectomia
Tiroidectomia totale
Reinterventi sulla tiroide
Plastiche e resezioni
tracheali
Chirurgia delle fistole tracheo esofagee

Mediastino

Timectomia (per via transternale , transtoracica , cervicale)
Asportazione chirurgica di cisti o tumori del mediastino (compresi i gozzi endotoracici)
Interventi sul dotto toracico

Mammella

Mastectomia radicale con dissezione del cavo ascellare

Torace

Pleurectomia
Interventi per tumori delle coste e/o dello sterno
Decorticazione polmonare
Trattamento chirurgico di cisti polmonari Broncotomie
Trattamento dei traumi toracici con lesioni viscerali
Pleurectomie per tumori mesoteliali Pneumonectomie
Lobectomie o bilobectomie
Resezioni segmentarie o atipiche (sleeve, wedge, ecc.)
Toracopleurolobectomie
Trattamento di fistole esofago-tracheali o esofago-bronchiali
Trattamento di fistole postoperatorie, post lobectomia o post pneumonectomia

Esofago

Trattamento chirurgico del megaesofago (compresa plastica anti- reflusso)
Trattamento chirurgico delle ernie iatali e del reflusso gastroesofageo
Trattamento chirurgico dei diverticoli esofagei
Trattamento chirurgico dell'atresia esofagea (anche se in più tempi)
Trattamento chirurgico dei tumori benigni e/o maligni all'esofago
Trattamento chirurgico delle fistole aerodigestive acquisite
Trattamento chirurgico delle lesioni spontanee o traumatiche all'esofago
Trattamento chirurgico dei tumori cardiaci
Transezione esofagea con deconnessione azygos-portale

Stomaco-Duodeno

Degastroresezione
Gastrectomia totale
Interventi di riconversione per dumping syndrome

Digiuno e Ileo (intestino tenue)

Interventi per diverticoli del duodeno
Derotazione intestinale

Colon-Retto-Ano

Interventi per incontinenza anale
Emicolectomia destra (compresa linfadenectomia)
Emicolectomia sinistra (compresa linfadenectomia e colostomia)
Colectomie intermedie (compresa linfadenectomia e colostomia)
Colectomie del trasverso (compresa linfadenectomia e colostomia)
Colectomie totali con ileostomia
Resezione retto-colica anteriore (compresa colostomia e linfadenectomia)
Interventi d'imputazione del retto per via perineale, posteriore, addominoperineale e addomino posteriore (compresa colostomia)
Colectomia totale con ileorettostomia
Procto-retto-colectomia totale con pouch ileale

Peritoneo

Exeresi di tumori retroperitoneali

Fegato e vie biliari

Drenaggio di ascessi epatici e cisti d'echinococco
Colecistectomia per via laparoscopica
Interventi sulla papilla per via transduodenale (+/- colecistectomia)
Coledocotomia e coledocolitotomia +/- drenaggio biliare (+ colecistectomia)
Epaticotomia e epaticolitotomia +/- drenaggio biliare (+ colecistectomia)
Anastomosi coledoco digestive (+/- colicistectomia)
Anastomosi epaticodigestive (+/- colecistectomia)
Resezioni epatiche
Interventi per calcolosi intraepatica Derivazioni porto sistemiche Reinterventi sulle vie biliari
Litotripsia extracorporea

Pancreas-Milza

Duodeno cefalopancreatectomia
Pancreatectomia sinistra
Pancreatectomia totale
Interventi di exeresi della papilla di Water
Derivazioni pancreatico Wirsung-digestive
Interventi conservativi per pancreatite acuta

Interventi demolitivi per pancreatite acuta
Derivazioni cisto pancreatiche
Interventi per fistole pancreatiche
Interventi per tumori del pancreas endocrino
Interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche, legatura art. splenica)

Chirurgia vascolare venosa

Chirurgia della vena cava superiore ed inferiore

Chirurgia vascolare arteriosa

Chirurgia delle fistole artero-venose di viso, collo e torace
Chirurgia dei tumori glomici carotidei
Chirurgia degli aneurismi dei tronchi epiaortici
Chirurgia degli aneurismi delle arterie viscerali
Chirurgia delle embolie e/o trombosi delle arterie viscerali
Chirurgia delle embolie e/o trombosi delle arterie renali
Chirurgia dei tronchi epiaortici
Chirurgia delle obliterazioni croniche dell'asse aorta-iliaco, femoro-popliteo e tibiale
Reinterventi precoci e tardivi in chirurgia vascolare ricostruttiva
Trattamento chirurgico dell'ipertensione nefro vascolare
Trattamento chirurgico delle lesioni traumatiche dell'aorta e dei suoi rami
Trattamento chirurgico degli aneurismi dell'aorta toracica e toraco-addominale

Cardiochirurgia

Tutti gli interventi di cardiochirurgia

Urologia

Nefrolitotrixxia percutanea con ultrasuoni o onde elettroidrauliche
Nefrectomia polare
Nefrectomia allargata
Nefroureterectomia
Pielocalicolitotomia Pielolitotomia
in rene malformato
Pieloureteroplastica
Surrenalectomia
ESWL (litotripsia extracorporea) tutto compreso

Uretere

Ureterocistoneostomia
Ureterocistoneostomia bilaterale
Ureterosigmoidostomia
Ureteroileonastomosi

Vescica

Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia
Cistectomia totale con derivazione urinaria
Derivazione urinaria escludente (senza cistectomia)
Neovescica con segmento intestinale

Estrofia vescicale e derivazione
Fistola vescica-vaginale, uretro-vescicolo-vaginale o vescico-intestinale
Plastica antireflusso monolaterale
Plastica antireflusso bilaterale

Prostata

Prostatectomia radicale con linfadenectomia

Uretra

Uretrostomia perineale
Resezione dell'uretra con uretrorrafia
Epispadia e ipospadia scrotale

Apparato genitale maschile

Rivascolarizzazione del pene per impotenza vasculogenica
Raddrizzamento del pene con protesi (protesi esclusa)
Emasculazione
Amputazione totale del pene con linfectomia
Linfoadenectomia per tumore del testicolo

Ginecologia

Vulvectomy allargata con linfadenectomia
Interventi per creazione di vagina artificiale
Interventi per fistole retto-vaginali
Interventi radicali per tumori alla vagina
Exenteratio pelvica
Isterectomia radicale per via vaginale
Intervento radicale per via addominale con linfadenectomia
Intervento radicale senza linfadenectomia
Interventi sulle tube in microchirurgia
Taglio cesareo demolitivo
Trattamento d'urgenza della rottura dell'utero
Analgesia nel parto con peridurale continua

Ortopedia e Traumatologia

Trattamento cruento dei tumori ossei
Disarticolazione interscapolo toracica
Emipelvectomy
Grandi articolazioni (artroplastiche)
Riduzione cruenta di lussazione congenita di anca
Artroprotesi (anca parz. e anca tot. ginocchio, omero)
Intervento ernia del disco
intervertebrale Osteosintesi vertebrale
Artrodesi per via anteriore
Intervento per scoliosi
Autotrapianto osseo di cresta iliaca o di costole

Otorinolaringoiatria

Atresia auris congenita

Antroatticotomia con trapanazione del labirinto
Apertura di ascesso cerebrale per via transmastoidea
Ricostruzione della catena ossiculare
Intervento per otosclerosi
Chirurgia del sacco endocefalico
Sezione del nervo cocleare
Sezione del nervo vestibolare
Neurinoma dell'ottavo paio
Asportazione di tumori dell'orecchio medio
Asportazione di tumori o colesteatomi della rocca petrosa
Asportazione di tumori maligni del naso o dei seni nasali
Laringectomia totale e parziale
Laringofaringectomia
Intervento per paralisi degli adduttori
Resezione del mascellare superiore
Operazione demolitrice per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale
Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale
Osteotomia del mascellare
Osteotomia della mandibola
Genio-plastica
Adamantinoma

Chirurgia ricostruttiva

Trasferimento di lembo libero microvascolare
Plastica per paralisi del nervo facciale dinamica
Ricostruzione mammaria post-mastectomia (esclusa protesi)
Correzione ipospadia ed epispadia
Aplasia della vagina
Pollicizzazione
Reimpianto microchirurgico del dito
Neurorrafia

Oculistica

Trapianto corneale a tutto spessore
Epicheratoprotesi
Iridocicloretrazione

Neurochirurgia

Asportazione di neoplasie endocraniche o di aneurismi
Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
Asportazione di corpi estranei intracranici
Craniotomia esplorativa
Craniotomia per ematoma extradurale
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
Craniotomia a scopo decompressivo
Cranioplastica
Intervento per traumi cranio-cerebrali
Intervento sulla cerniera atlanto-occipitale per malformazioni
Interventi per tumori della base cranica per via transorale

Intervento endocranico per decompressione delle orbite
Intervento per epilessia focale
Operazione endocranica per ascesso ed ematoma intracranico
Plastica cranica per tessuti extra-cerebrali
Scheggiectomia e craniectomia per frattura volta cranica
Intervento per derivazione liquorale diretta e indiretta
Legatura della carotide endocranica
Operazione per encefalomeningocele
Operazione per mielomeningocele
Lobotomia ed altri interventi di psicotomia
Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
Laminectomia esplorativa, decompressione o per interventi extradurali
Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
Laminectomia per tumori intramidollari
Intervento endorachideo per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningo midollari
Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi
Emisferectomia
Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)
Terapia chirurgica delle fistole artero venose per aggressione diretta
Terapia chirurgica delle fistole venose con legatura a vaso efferente intra-cranico
Anastomosi vasi intra extra-cranici
Endoarteriectomia o chirurgia dei vasi del collo
Interventi per traumi vertebro-midollari
Ernia del disco (anche per via cutanea)
Ernia del disco per via trans-toracica
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
Rizotomia chirurgica intra-cranica
Intervento di stereotassi
Intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici
Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche
Anastomosi spino-facciale
Intervento sul plesso brachiale
Asportazione di tumori dei nervi periferici

Chirurgia pediatrica

Duodeno digiunostomia
Anastomosi intestinale
Asportazione diverticolo di Meckel
Escissione e duplicazione
intestinale Riduzione invaginazione
intestinale Riduzione volvolo
intestinale Colectomia
Resezioni addominoperineali
Epato-digiuno-porto-stomia (intervento di Kasai)
Asportazione neoplasia addominale
Eniiorrafia diaframmatica
Plastica per onfalocele
Anastomosi per atresia dell'esofago

Chiusura fistola tracheoesofagea
Escissione e duplicazione esofagea
Timectomia
Asportazione cisti polmonare
Asportazione tumore polmonare
Lobectomia
Pneumonectomia
Sezione anello
vascolare
Escissione linfa-angioma cistico del collo
Nefrectomia
Plastica stenosi giunto-pelvi-uretere
Ureterosigmoidostomia
Escissione ureterocele
Reimpianto uretero-vescicale
Cistectomia
Ovariectomia
Asportazione cisti ovariche
Intervento per fistola retto-vaginale
Creazione neovagina
Vaginoplastica perineale
Plastica per sindattilia
Asportazione tumore sacrococcigeo

Trapianti di organi

Tutti i trapianti di organi (esclusi i trapianti di cute)