

**SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEL PERSONALE DIPENDENTE NON  
DIRIGENTE DELLA CAMERA DI COMMERCIO DI ROMA (LOTTO 1 – CIG B42D247D93)**

**CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO**

**DEFINIZIONI**

**Annualità assicurativa:** Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione.

**Assicurato/Assistito:** le persone fisiche per le quali viene prestata l'Assicurazione

**Assicurazione:** il contratto con il quale l'impresa di assicurazione si impegna a tenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, del danno a esso prodotto da un sinistro.

**Associato:** la Camera di Commercio di Roma, associata al Contraente

**Contraente:** il soggetto (fondo/cassa/ente) individuato dall'impresa assicuratrice aggiudicataria della procedura, iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, che opera nell'interesse della Camera di Commercio di Roma.

**Evento/sinistro:** la causa che determina la richiesta di prestazione.

**Franchigie e scoperti:** la quota parte della spesa rimborsabile, espressa in cifra fissa (franchigia) o in percentuale (scoperto), che rimane a carico dell'Assistito.

**Indennizzo/rimborso:** la somma dovuta all'Assistito in caso di sinistro/evento.

**Infortunio:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

**Istituto di cura:** l'ospedale pubblico, la clinica universitaria e la casa di cura, sia accreditata dal Servizio Sanitario Nazionale che privata, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità al ricovero dei malati.

**Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. Anche se impropriamente, nelle malattie si considerano incluse: gravidanza, parto, puerperio e aborto terapeutico.

**Massimale:** l'importo stabilito nel presente capitolato che rappresenta la spesa massima, che l'Impresa di assicurazione si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni.

**Società:** l'impresa abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa, nel ramo malattia, ai sensi del D.lgs. n. 209/2005 e s.m.i.

**Stazione appaltante:** la Camera di Commercio di Roma.

**Strutture convenzionate/Rete:** rete convenzionata con la Società, costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti ed odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta.

## **1. OGGETTO DELL'APPALTO**

L'appalto ha come oggetto il servizio di assistenza sanitaria integrativa delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale in caso di malattia e/o infortunio, in favore dei dipendenti appartenenti ai ruoli del personale non dirigente della Camera di Commercio di Roma, con contratto di lavoro a tempo indeterminato.

Sono inclusi: malattie, anche croniche o recidivanti, infortuni, malformazioni, stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della data di decorrenza della copertura assicurativa.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'assistito/assicurato (persona fisica iscritta nel piano di assistenza sanitaria) può rivolgersi a:

- a) strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con l'aggiudicatario;
- b) strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con l'aggiudicatario;
- c) Servizio Sanitario Nazionale.

L'impresa di assicurazione aggiudicataria deve garantire le prestazioni indicate nel presente capitolato attraverso un soggetto (fondo sanitario/cassa/ente) avente esclusivamente finalità assistenziale, ai sensi dell'art. 51 del D.P.R. n. 917/1986, iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, di cui al Decreto del Ministro della Salute del 31 marzo 2008 e al Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 27 ottobre 2009. Tale soggetto deve altresì essere abilitato, secondo la normativa di settore, a ricevere contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario, anche ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Le modalità e i limiti di erogazione delle prestazioni sono specificate nei successivi punti di definizione delle stesse, salve le migliori condizioni eventualmente offerte dal concorrente aggiudicatario in sede di gara.

## **2. PERSONE ASSICURATE**

**2.1** I servizi sono prestati a favore dei dipendenti appartenenti ai ruoli del personale non dirigente della Camera di Commercio di Roma, con contratto di lavoro a tempo indeterminato. La quota per la copertura dell'assistenza sanitaria integrativa è a totale carico dell'Amministrazione.

**2.2** L'assistenza sanitaria integrativa può essere prestata, con quota agevolata a carico del dipendente:

- a) in favore del nucleo familiare del dipendente fiscalmente a carico, laddove per nucleo familiare si intende il coniuge o il convivente *more uxorio* o la persona unita civilmente e i figli fiscalmente a carico. Sono inoltre compresi i figli non conviventi fino a 26 anni di età, per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di separazione o divorzio, ovvero altro provvedimento dell'autorità giudiziaria;
- b) in favore del coniuge o del convivente o della persona unita civilmente o dei figli non fiscalmente a carico, risultanti dallo stato di famiglia. Sono inoltre compresi i figli non risultanti dallo stato di famiglia, se studenti fino a 26 anni di età.

Le prestazioni non possono essere estese al familiare di età superiore a 75 anni.

**2.3** L'aggiudicatario dovrà provvedere all'attivazione dei servizi del piano di assistenza in favore dei soggetti di cui al precedente punto, entro il termine di 30 giorni dalla data in cui il dipendente comunica la propria volontà di avvalersi delle suddette estensioni della garanzia.

### **3. PRESTAZIONI OSPEDALIERE E CHIRURGICHE**

#### **3.1 RICOVERO (CON E SENZA INTERVENTO), DAY HOSPITAL, DAY-SURGERY, DAY-SERVICE (CON E SENZA INTERVENTO), INTERVENTO AMBULATORIALE**

L'aggiudicatario provvede al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni:

##### **a) Pre ricovero**

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 (novanta) giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

##### **b) Durante il ricovero**

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria (o sala parto) e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, prestazioni mediche e infermieristiche, cure (comprese le cure fisioterapiche e riabilitative), medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

##### **c) Rette di degenza**

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con l'aggiudicatario, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **euro 80,00 al giorno**.

Tale limite non opera per i ricoveri presso Istituto di cura convenzionato.

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie (per esempio televisione, telefono).

##### **d) Post ricovero**

Esami e accertamenti diagnostici, onorari medici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse le spese per il noleggio di apparecchi comunque denominati necessari per la fisioterapia, ed escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 (novanta) giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

#### **3.2 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO**

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, l'aggiudicatario rimborsa le spese previste ai punti 3.1, 3.4 e 3.5 del presente Capitolato nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

#### **3.3 PARTO - CURE NEONATO - ABORTO**

##### **3.3.1 PARTO CESAREO - CURE NEONATO /ABORTO TERAPEUTICO**

a) In caso di parto cesareo o aborto terapeutico effettuato in struttura sanitaria convenzionata con l'aggiudicatario, questo provvede al pagamento alle predette strutture delle spese, per le prestazioni di cui al

punto 3.1 lettere: *b) Durante il ricovero, c) Rette di degenza, d) Post ricovero*. In tal caso la garanzia è prestata alle condizioni di cui al successivo punto 3.6 “Modalità di erogazione delle prestazioni”.

b) In caso di parto cesareo o aborto terapeutico effettuato in struttura sanitaria non convenzionata con l'aggiudicatario, questo provvede al rimborso all'Associato delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 lettere: *b) Durante il ricovero, c) Rette di degenza – nel limite di 80,00 euro al giorno, d) Post ricovero*. In tal caso la garanzia è prestata alle condizioni di cui al successivo punto 3.6 “Modalità di erogazione delle prestazioni”.

### **3.3.2 PARTO NON CESAREO – CURE NEONATO**

a) In caso di parto non cesareo effettuato in struttura sanitaria convenzionata con l'aggiudicatario, questo provvede al pagamento alle predette strutture delle spese, senza franchigia, per le prestazioni di cui al punto 3.1 lettere *b) Durante il ricovero, c) Rette di degenza*. In tal caso la garanzia è prestata con il limite di **euro 5.000,00 per anno**.

b) In caso di parto non cesareo effettuato in struttura sanitaria non convenzionata con l'aggiudicatario, questo provvede al rimborso all'Associato delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 lettere: *b) Durante il ricovero, c) Rette di degenza – nel limite di € 80,00 al giorno*. In tal caso la garanzia è prestata con il limite di **euro 5.000,00 per anno**.

### **3.4 TRASPORTO SANITARIO**

In caso di ricovero/Day hospital, Day-surgery, Day-Service o di accettazione al Pronto Soccorso debitamente documentata, l'aggiudicatario rimborsa le spese di trasporto dell'Associato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro, e di rientro alla propria abitazione con il limite di **euro 1.000,00**.

### **3.5 MASSIMALE**

Il massimale garantito per il complesso delle prestazioni di cui all'Art. 3 (comprensivo di tutti i sotto articoli) corrisponde a **euro 150.000,00 per anno**.

Nel caso di adesione volontaria del dipendente all'estensione della garanzia in favore del proprio nucleo familiare, il massimale si intende per nucleo e per anno.

### **3.6 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

**a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con l'aggiudicatario ed effettuate da medici convenzionati.**

In caso di utilizzo di strutture convenzionate con l'aggiudicatario, le spese di cui ai punti 3.1, 3.2 e 3.3 del Capitolato Tecnico, vengono liquidate direttamente alle strutture/medici convenzionati, sia per i ricoveri, sia per il day hospital, Day-surgery, Day-Service con o senza intervento chirurgico e sia per l'intervento chirurgico ambulatoriale, previa applicazione di uno scoperto di seguito indicato, che rimarrà a carico dell'Associato.

Scoperto/Franchigia a carico dell'Associato:

- Ricoveri/Day Hospital con o senza intervento chirurgico/Intervento chirurgico ambulatoriale: franchigia di **euro 300,00**;

Saranno rimborsate direttamente all'associato, nei limiti e con i massimali previsti, le spese per:

- Trasporto Sanitario – (punto 3.4);

**b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con l'aggiudicatario.**

In caso di utilizzo di strutture non convenzionate con l'aggiudicatario, le spese relative alle prestazioni di cui ai precedenti punti 3.1 (ad eccezione delle voci di cui alla lettera "c", "d"), 3.2 e 3.3 vengono rimborsate all'Associato previa applicazione di uno scoperto, di seguito indicato, che rimarrà a carico dell'Associato.

**Scoperto a carico dell'associato:**

- Ricoveri/Day-Hospital con o senza intervento chirurgico: **20%, con minimo euro 800,00;**
- Intervento chirurgico ambulatoriale: **20%, con minimo euro 400,00.**

Saranno rimborsate direttamente all'Associato, nei limiti e con i massimali previsti, le spese per:

- 3.1 lettera c) - Rette di degenza;
- 3.4 Trasporto sanitario;

**c) Prestazioni in strutture sanitarie private convenzionate e medici non convenzionati**

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate e medici non convenzionati con l'aggiudicatario, la liquidazione avverrà **previa applicazione**, su ciascuna tipologia di prestazione ed a seconda della modalità di utilizzo prescelta, **delle seguenti franchigie e scoperti: 1) per il ricovero, si applica lo scoperto di cui al punto 3.6 lett. a); 2) per il medico quelle di cui al punto 3.6, lett. b).**

**d) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale**

**Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate** in forma di assistenza diretta, le spese per la degenza e per i ticket sanitari verranno rimborsate integralmente all'associato dall'aggiudicatario, nel limite del massimale garantito, senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

In questo caso non sarà possibile per l'Associato richiedere l'erogazione dell'indennità sostitutiva. Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Associato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato al punto **3.6 lett. a)** "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con l'aggiudicatario" per la degenza, e **3.6, lett. c)** "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con l'aggiudicatario e medici non convenzionati" per i medici.

**3.7 INDENNITÀ SOSTITUTIVA**

All'Associato, qualora non richieda alcun rimborso all'aggiudicatario, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa (ad eccezione degli accertamenti pre e post ricovero di cui sotto), l'aggiudicatario corrisponderà un'indennità come ristoro del disagio subito per via del ricovero e l'indennità si ritiene maturata per ogni giorno di durata dello stesso.

L'indennità sarà pari ad **euro 65,00** e verrà erogata per ogni giorno di ricovero per un massimo di 60 giorni per anno.

Nel caso di Day-Hospital, Day-Surgery, Day-Service l'indennità corrisposta sarà pari ad **euro 25,00**.

In caso di erogazione dell'indennità sostitutiva è previsto il rimborso anche delle spese per prestazioni pre e post ricovero (lettere "a" e "d" dell'art. 3.1.), che verrà effettuato applicando uno scoperto massimo del 20%, ad eccezione dei ticket che verranno rimborsati al 100%.

Le spese relative alle garanzie di Pre e Post ricovero, in questo caso, vengono prestate con massimale annuo pari a **euro 1.000,00**.

#### **4. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE**

##### **4.1 PROTESI E PRESIDI ORTOPEDICI**

L'aggiudicatario provvede al rimborso delle spese per l'acquisto di protesi ortopediche e apparecchi acustici ad esclusione delle ortesi (come ad esempio tutori, busti, ginocchiere, plantari), con il limite di **euro 1.000,00** per anno, conseguenti a malattia o a infortunio.

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 in cui l'Associato si rivolga a strutture sanitarie o a medici convenzionati con l'aggiudicatario, le spese per le prestazioni erogate all'associato vengono liquidate direttamente dall'aggiudicatario alla struttura convenzionata, con l'applicazione di uno **scoperto del 20%**.

Nel caso in cui l'Associato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con l'aggiudicatario, le spese sostenute vengono rimborsate all'associato con uno **scoperto del 20%**.

##### **4.2 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE**

**4.2.1** L'aggiudicatario provvede al rimborso delle spese per l'ablazione del tartaro una volta l'anno presso struttura/medico convenzionati, senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

**4.2.2** La garanzia coprirà le spese per cure odontoiatriche e ortodontiche, e relative protesi, che si rendano necessarie a seguito di infortunio, anche qualora l'infortunio non abbia causato il ricovero, senza scoperto e con massimale di **euro 1.500,00 per anno**, – inteso quale disponibilità unica per anno assicurativo - presso strutture convenzionate con l'aggiudicatario. L'evento traumatico deve essere certificato da struttura del SSN.

#### **5. ALTA SPECIALIZZAZIONE**

L'aggiudicatario provvede al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni, con massimale di **euro 1.500,00 per anno**:

- amniocentesi oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto;
- test DNA fetale su sangue materno;
- accertamenti endoscopici;
- agoaspirato;
- angiografia;
- artrografia;
- arteriografia digitale;
- broncografia;
- broncoscopia;
- cardiotaq;
- chemioterapia;
- cisternografia;
- cistografia;
- cistouretrografia;
- clisma opaco;

- cobaltoterapia;
- colangiografia (anche percutanea);
- colecistografia;
- colonscopia;
- coronografia;
- dacriocistografia;
- defecografia;
- diagnostica radiologica;
- dialisi;
- doppler;
- duodenoscopia;
- ecocardiografia;
- ecodoppler;
- ecocolordoppler;
- ecografia;
- elettroencefalogramma;
- elettromiografia;
- esame citologico;
- esame istologico;
- esofagoscopia;
- fistelografia;
- flebografia;
- fluorangiografia;
- galattografia;
- gastroscopia;
- holter;
- isterosalpingografia;
- laserterapia;
- linfografia;
- mammografia (anche digitale);
- mielografia;
- moc;
- pancolonscopia;
- pet;
- radioterapia;
- radionefrogramma;
- retinografia;
- rettoscopia;
- rx esofago con mezzo di contrasto;

- rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto;
- rx tenue e colon con mezzo di contrasto;
- risonanza magnetica nucleare (incluso angio rmn);
- scialografia;
- scintigrafia;
- spect;
- splenoportografia;
- tac anche virtuale;
- telecuore;
- urografia;
- vesciculodeferentografia;
- videoangiografia;
- villocentesi oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto;
- wirsungrafia.

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 e di medici convenzionati con l'aggiudicatario, le spese per le prestazioni erogate all'Associato vengono liquidate direttamente dall'aggiudicatario alla struttura convenzionata, **con l'applicazione di franchigia di 40,00 euro** per ogni accertamento o ciclo di terapia effettivamente sostenuta che rimarrà a carico dell'Associato.

Nel caso in cui l'Associato si rivolga a strutture sanitarie o a medici non convenzionati con l'aggiudicatario, le spese sostenute vengono rimborsate all'Associato con l'applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo di 80,00 euro** per ogni accertamento o ciclo di terapia effettivamente sostenuta che rimarrà a carico dell'Associato.

Nel caso in cui l'Associato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, l'aggiudicatario rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Associato, anche erogati a distanza per il tramite di dispositivi tecnologici che consentono al professionista di operare da remoto (c.d. telemedicina).

## **6. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

L'aggiudicatario provvede al rimborso delle spese per visite specialistiche, analisi e accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione 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 in cui l'Associato si rivolga a strutture sanitarie o a medici convenzionati con l'aggiudicatario, le spese sostenute vengono rimborsate all'Associato con l'applicazione di una franchigia **di euro 25,00 per ogni singola prestazione specialistica o accertamento diagnostico**.

Nel caso in cui l'Associato si rivolga a strutture sanitarie pubbliche, ma a medici che esercitano in *intramoenia*, o a medici non convenzionati con l'aggiudicatario le spese sostenute vengono rimborsate all'Associato **con uno scoperto del 20% con il minimo di 50,00 euro**.

Nel caso in cui l'Associato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, l'aggiudicatario rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Associato.

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

Il massimale annuo garantito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **Euro 1.500,00**.

## **7. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI**

La garanzia opererà per trattamenti fisioterapici e riabilitativi, determinati da infortunio certificato da pronto soccorso o prescritti dal medico curante a seguito di grave patologia, quale ictus, infarto del miocardio o malattia oncologica.

Massimale: **euro 1.500,00**, inteso quale disponibilità unica per anno assicurativo.

Scoperti e franchigie:

- nessuno scoperto e nessuna franchigia, in caso di prestazione effettuata presso centri/specialisti convenzionati;
- scoperto del 20% e nessuna franchigia in caso di prestazione effettuata presso centri/specialisti non convenzionati.

## **8. PREVENZIONE**

La garanzia opera anche per l'effettuazione di analisi di laboratorio da eseguire a scopo di prevenzione, una volta l'anno ed esclusivamente in struttura convenzionata. Gli esami di laboratorio inclusi sono:

- emocromo completo;
- azotemia;
- cloremia, sodiemia, potassiemia;
- colesterolo totale (LDL e HDL);
- creatininemia;
- glicemia;
- PCR;
- transaminasi;
- trigliceridi;
- uricemia;
- TSH;
- FT3;

- FT4;
- anticorpi anti-tiroide;
- PSA totale;
- esame urine completo.

## **9. DURATA DEL CONTRATTO**

La durata del presente piano di assistenza sanitaria integrativa è stabilita in 24 mesi a decorrere dalla data di sottoscrizione del contratto e, comunque, dalla data di effettivo inizio delle prestazioni.

La Camera ha la facoltà di ripetere l'affidamento del servizio per un massimo di 24 mesi, ai sensi dell'art. 120 co. 10, del D.lgs. 36/2023, alle medesime condizioni normative ed economiche.

Fermo quanto previsto dall'art. 120 del D.lgs. n. 36/2023, in attuazione del principio di conservazione dell'equilibrio contrattuale, di cui all'art. 9 del Codice, si applicano le disposizioni dell'articolo 60 del citato decreto.

## **10. INCLUSIONI/ESCLUSIONI**

### **10.1 Inclusioni**

Entro 30 giorni dalla data di decorrenza della polizza, la Camera di Commercio comunicherà al contraente i nominativi degli Assicurati/Assistiti di cui al punto 2.1 del presente Capitolato.

Entro 60 giorni dalla stipula del contratto devono essere comunicati, da parte dei singoli dipendenti che desiderino avvalersi di tale facoltà, i nominativi degli eventuali componenti il nucleo familiare ai quali estendere l'assistenza sanitaria.

Oltre detto termine l'inserimento ovvero l'adesione al piano di assistenza sanitaria integrativa potrà avvenire al verificarsi dei seguenti casi:

- a) nuova assunzione;
- b) nascita/adozione/affidamento di un figlio;
- c) matrimonio;
- d) insorgere di convivenza per il convivente di fatto.

In questo caso la garanzia decorre dalla data dell'evento, e la comunicazione deve essere effettuata entro il termine di 40 giorni dalla predetta data. Diversamente, la garanzia decorrerà dal primo giorno dell'annualità successiva alla data in cui è stata effettuata la comunicazione.

### **10.2 Esclusioni**

La revoca dalla copertura potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- cessazione dal servizio;
- decesso dell'Assistito o di un suo familiare;
- divorzio;
- venire meno di convivenza per il convivente di fatto o per il familiare fiscalmente non a carico.

L'adesione rimane in essere fino alla scadenza annuale nella quale si è verificato l'evento e pertanto i contributi restano acquisiti.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo in cui sono erogati i servizi del piano di assistenza sanitaria integrativa previsti al numero 1 del presente punto, il contributo da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde:

- al 100% del contributo annuo per coloro che usufruiscono della garanzia nel primo semestre del piano;
- al 50% del contributo annuo per coloro che usufruiscono della garanzia nel secondo semestre del piano.

## **11. ATTIVITÀ DI SUPPORTO E ASSISTENZA**

Per la gestione delle pratiche, l'aggiudicatario si obbliga a fornire supporto agli Assicurati attraverso un Call Center, accessibile mediante numero telefonico gratuito (numero verde), che garantisca assistenza telefonica quotidiana non inferiore a 10 ore per ogni giorno lavorativo (es.: dalle ore 08:30 alle ore 18:30), in merito a ogni informazione necessaria alla corretta e tempestiva erogazione del servizio.

L'aggiudicatario, inoltre, metterà a disposizione degli Assicurati un portale online o applicativo web che consenta loro, h24 e 7 giorni su 7, di visualizzare e scaricare le informazioni e la modulistica relative ai piani sanitari, di visionare le strutture convenzionate, di attivare tramite area riservata le richieste di assistenza e di verificare lo stato di lavorazione delle pratiche.

Le indicazioni di cui al presente punto si intendono a titolo esemplificativo e non esaustivo.

## **12. REGIME DELLE PRESTAZIONI**

L'Assistito può, a sua scelta:

- avvalersi della procedura di assistenza diretta presso strutture e/o medici convenzionati con la Società, nel qual caso quest'ultima erogherà le somme dovute per le prestazioni previste dal contratto direttamente alla struttura/medico convenzionati, salvo franchigie/scoperti;
- anticipare in proprio le spese e richiederne successivamente il rimborso (assistenza indiretta).

Qualora l'assicurato ricorra al Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso della spesa sostenuta sarà pari al 100% del ticket.

In regime di assistenza diretta, l'aggiudicatario dovrà garantire all'Assicurato l'evasione della richiesta da egli presentata per l'accesso alle prestazioni entro 7 giorni naturali e consecutivi dalla data della richiesta stessa. La liquidazione delle somme spettanti all'assistito a titolo di rimborso deve essere garantita dalla Società entro 30 giorni naturali e consecutivi dalla data in cui l'assicurato presenta la richiesta, completa della documentazione necessaria.

## **13. PENALI**

La Camera potrà applicare alla Società una penale pari allo 0,3 per mille dell'ammontare netto contrattuale per ogni giorno di ritardo sul termine previsto dal presente capitolato (30 giorni) per l'erogazione del rimborso/indennizzo all'assicurato richiedente.

#### **14. REFERENTE DEL SERVIZIO**

Dalla data di attivazione del contratto, l'aggiudicatario metterà a disposizione della Camera un referente del servizio, comunicandone nominativo, recapito telefonico, indirizzo di posta elettronica e orari di reperibilità. Il referente ha compiti di supervisione e coordinamento nei rapporti con l'Amministrazione, anche in relazione alle attività amministrativo-contabili legate all'esecuzione dell'appalto.

#### **15. RECESSO**

L'esercizio del diritto di recesso da parte della stazione appaltante è regolato dall'art. 123 del D.lgs. n. 36/2023.

#### **16. DEFINIZIONE DELLE CONTROVERSIE**

Per tutte le controversie che dovessero insorgere tra le Parti in relazione all'interpretazione, all'esecuzione ed alla risoluzione del Contratto è competente il Foro di Roma.

#### **17. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

#### **18. ALTRE ASSICURAZIONI**

Gli assistiti sono esonerati dall'obbligo di dichiarare alla Società eventuali altre polizze dagli stessi stipulate per i medesimi rischi, se non in fase di rimborso.

#### **19. ESTENSIONE TERRITORIALE**

La garanzia assicurativa ha validità in tutto il mondo.

#### **20. PAGAMENTO DEL CORRISPETTIVO**

La Camera corrisponderà all'aggiudicatario il corrispettivo dovuto entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione del contratto.

#### **21. CLAUSOLA BROKER**

Non prevista.

#### **22. ESCLUSIONI DAL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA**

La garanzia non è operante per:

- gli stati patologici correlati all'infezione da HIV, gli infortuni e le malattie conseguenti ad alcolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);

- le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- 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;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.