

**SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEL PERSONALE DIPENDENTE DIRIGENTE  
DELLA CAMERA DI COMMERCIO DI ROMA (LOTTO 2 -CIG B42D248E66)**

**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.

**Ricovero:** degenza in Istituto di Cura con almeno un pernottamento, documentata da una cartella clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

**Ricovero improprio:** la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento, durante la quale sono praticati accertamenti diagnostici e/o terapie comunemente effettuabili in regime ambulatoriale

**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.

\*\*\*

## **I) 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 dirigente della Camera di Commercio di Roma.

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.

## **II) PERSONE ASSICURATE**

I servizi sono prestati a favore dei dipendenti appartenenti ai ruoli del personale dirigente della Camera di Commercio di Roma, i quali acquisiscono la qualifica di Assicurato in virtù del loro legame con l'Amministrazione.

Il Dirigente/Titolare della garanzia può inserire in copertura i componenti del proprio nucleo familiare, ovvero il coniuge o il convivente *more uxorio* o la persona unita civilmente e i figli legittimi fiscalmente a carico. Sono altresì inclusi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi o affidati.

La quota per la copertura dell'assistenza sanitaria integrativa è a totale carico dell'Amministrazione.

### **III) PRESTAZIONI DA ASSICURARE**

#### **A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE**

##### **1.1. Ricovero con e senza Intervento chirurgico in Istituto di Cura, o Intervento ambulatoriale**

###### **Prima del Ricovero**

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati entro 180 giorni prima del Ricovero o dell'Intervento chirurgico purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il Ricovero o l'Intervento chirurgico ed effettuati nel corso della vigenza contrattuale

###### **Durante il Ricovero**

- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipi all'intervento;
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato;
- spese per materiale protesico e presidi terapeutici: scoperto fino al 30%;
- spese per l'utilizzo di robot, solo se fatturate dalla struttura sanitaria;
- rette di degenza, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione);
- assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, nonché trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

###### **Dopo il Ricovero**

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto dei medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, prestazioni per recuperare la salute, quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro 180 giorni dopo il ricovero o l'Intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'Intervento chirurgico ed effettuati nel corso della vigenza contrattuale

###### **Chirurgia Refrattiva**

Sono riconosciute le spese per interventi di chirurgia refrattiva con il limite 1.250,00 euro per ciascun occhio.

##### **1.2 Degenza in regime di Day Hospital**

###### **Durante la degenza**

Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1 "durante il Ricovero". Sono esclusi i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

###### **Prima e dopo la degenza (solo in caso di Intervento chirurgico)**

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche sostenuti entro 180 giorni prima e 180 giorni dopo la degenza, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessaria la stessa.

##### **1.3 Parto naturale, parto cesareo e aborto terapeutico**

Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1 "prima del Ricovero", "durante il Ricovero" e "dopo il Ricovero", entro i relativi sub-Massimali, come indicati all'interno della presente sezione A). Parto cesareo: le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocele, ernia ombelicale, annessiectomia, salpingectomia, isterectomia) sono rimborsabili nei limiti del sub-massimale specifico per il parto cesareo.

#### **1.4 Spese dell'accompagnatore**

Per un accompagnatore dell'Assicurato, che sia ricoverato presso un Istituto di cura ai sensi di quanto previsto dal contratto: spese documentate per vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera se non c'è disponibilità nell'istituto. Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione). Il ricovero da parto deve avvenire con pernottamento. Limite: da 80,00 euro al giorno per 80 giorni.

#### **1.5 Trasporto sanitario**

Trasporto dell'Assicurato in un istituto di cura (andata e ritorno) presso il quale debba recarsi per essere ricoverato ai sensi di quanto previsto dal contratto, e da un istituto di cura a un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia sia all'estero. Sub-massimale: 3.5000,00.

#### **1.6 Indennità sostitutiva**

Nel caso in cui le spese sanitarie per un ricovero oggetto di indennizzo ai sensi del contratto siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o interamente rimborsate in forza di contratto assicurativo stipulato presso altra Compagnia di Assicurazione, l'Assicurato ha il diritto a richiedere alla Compagnia l'erogazione di una indennità che, sebbene calcolata sul numero di giorni di ricovero, è volta a supportarlo nel percorso di recupero della salute. Tale percorso inizia con il rientro dell'Assicurato a domicilio, ed è pertanto da tale momento che il diritto all'indennità matura. L'eventuale decesso dell'Assicurato avvenuto prima del rientro a domicilio non consente pertanto l'erogazione di tale indennità ai suoi eredi. L'importo dell'indennità è pari a 110,00 euro per ciascun giorno di ricovero fino a 150 giorni. L'Assicurato legittimato a ottenere l'indennità sostitutiva mantiene comunque il diritto a chiedere il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni descritte al punto 1.1 nei paragrafi "Prima del Ricovero", "Dopo il Ricovero" e punto 1.4 "Spese dell'accompagnatore", sostenute nei giorni prima e dopo il Ricovero.

#### **1.7 Cartella clinica**

In caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, qualora ai fini della liquidazione del sinistro venga richiesta dall'Assicurazione la produzione della copia conforme all'originale della cartella clinica, attestante il ricovero e/o l'intervento, viene riconosciuto il rimborso delle spese sostenute per la produzione del documento, purché opportunamente documentate. Tale garanzia è prevista nel limite di 100,00 euro per evento.

### **2. Altre condizioni per tutte le prestazioni ospedaliere**

- Le spese per un ricovero improprio non sono riconosciute nella garanzia Ricovero ma nell'ambito delle singole garanzie extra ospedaliere, se previste e indennizzabili ai sensi del Contratto;
- tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub-massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
  - a. gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria ed effettuabili attraverso la stessa via d'accesso, sono compresi nel sub-Massimale presente nel Contratto, quando previsto;
  - b. gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50%;
- La garanzia deve coprire anche le spese per gli interventi ricostruttivi, avvenuti in vigenza di polizza, nei seguenti casi:

- 1) interventi a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 1 anno e siano assicurati dalla nascita;
- 2) interventi a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza;
- 3) interventi a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili come da polizza, per tumori maligni.

Le spese per gli interventi di cui ai punti 1) e 2) vengono riconosciute nell'ambito del massimale previsto per le prestazioni ospedaliere.

Le spese per gli interventi di cui al punto 3) vengono riconosciute se conseguenti a interventi demolitivi di natura oncologica, per qualunque sede anatomica. Nel caso di neoplasia mammaria, tale garanzia interviene in caso di mastectomia radicale. È compresa anche la simmetrizzazione effettuata in concomitanza con tale intervento.

La garanzia opera anche se:

- l'intervento ricostruttivo ha natura estetica;
- l'intervento ricostruttivo è effettuato in un secondo momento rispetto all'intervento demolitivo;
- l'intervento demolitivo è stato eseguito prima della decorrenza della presente polizza.

### **3.Regimi e condizioni di erogazione**

#### **Massimali annui**

Per il complesso delle prestazioni indicate: 500.000,00 euro a Nucleo.

#### **Sub-Massimali annui a Nucleo**

per

- Day hospital/surgery: 8.000,00 euro;
- Pre/post ricovero con o senza intervento da infortunio o malattia: 5.000,00 euro;
- Intervento ambulatoriale: 2.500,00 euro;
- parto naturale: 4.000,00 euro;
- parto cesareo (ed eventuali interventi concomitanti), aborto terapeutico: 8.000,00 euro;
- chirurgia refrattiva: 1.250,00 euro per occhio;
- Spese per l'accompagnatore: 80,00 euro al giorno per 80 giorni;
- trasporto sanitario: 3.500,00 euro;
- retta di degenza: 250,00 euro;
- indennità sostitutiva: 110,00 euro al giorno per 150 giorni;
- cartella clinica: 100,00 euro;
- interventi ricostruttivi: 5.000,00 euro, elevato a 8.000,00 euro in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria.

#### **Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta;
- Regime rimborsuale;
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato.

## **Franchigie e scoperti**

- Assistenza diretta: franchigia 350,00 euro;
- Regime rimborsuale: scoperto del 25% col minimo di 500,00 euro;
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

## **4. Limiti di spesa pre e post Ricovero**

I limiti di spesa (per esempio Franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese prima e dopo un Ricovero/Day-hospital sono quelli previsti dalla garanzia Ricovero, diversi a seconda del regime di accesso alla singola prestazione prescelto (Assistenza diretta o Regime rimborsuale).

## **B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE**

L'Assicurazione deve garantire il ristoro delle spese sostenute dall'Assicurato per:

### **1.1 Alta Diagnostica**

- diagnostica radiologica con mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.);
- risonanza magnetica nucleare;
- TAC (con o senza mezzo di contrasto);
- medicina Nucleare (scintigrafie, radionefrogramma, ecc.);
- coronarografia;
- ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.);
- elettrocardiogramma sotto sforzo;
- ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale);
- esami Endoscopici (Esofago-Gastro-Duodenoscopia, Retto-Colonscopia, Bronco- scopia, Cistoscopia, Laringoscopia, ecc.) compresa eventuale biopsia;
- esami Istologici;
- amniocentesi e Villocentesi (solo in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta o per gestante oltre i 35 anni).

### **1.2 Diagnostica Strumentale Standard**

- diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.);
- ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli);
- elettrocardiografia, ECG Holter, Monitoraggio 24H della pressione arteriosa;
- elettroencefalografia;
- elettromiografia;
- uroflussometria;
- M.O.C. (densitometria ossea);

### **Massimali annui**

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 8.000,00 euro a Nucleo.

### **Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta;
- Regime rimborsuale;
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale;

**Franchigie e scoperti**

- Assistenza diretta: franchigia 35,00 euro per prestazione;
- Regime rimborsuale: scoperto del 20% con il minimo di 80,00 euro per prestazione;
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

**2.VISITE SPECIALISTICHE****2.1 Prestazioni**

Sono riconosciute le spese per visite specialistiche (escluse odontoiatriche, psichiatriche, ortodontiche e pediatriche).

**2.2. Regimi e condizioni di erogazione****Massimali**

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 3.000,00 euro a Nucleo.

**Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta;
- Regime rimborsuale;
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale;

**Franchigie e scoperti**

- Assistenza diretta: franchigia 25,00 euro per prestazione;
- Regime rimborsuale: scoperto 20% con il minimo di 60,00 euro per prestazione;
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

**3.ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI****3.1 Prestazioni**

La garanzia copre le spese per accertamenti diagnostici (non ricompresi all'interno della garanzia "Alta Diagnostica") a seguito di malattia e/o infortunio.

**3.2. Regimi e condizioni di erogazione****Massimali**

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 3.000,00 euro a Nucleo.

**Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta;
- Regime rimborsuale;
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale;

**Franchigie e scoperti**

- Assistenza diretta: franchigia 25,00 euro per prestazione;
- Regime rimborsuale: scoperto 20% con il minimo di 50,00 euro per prestazione;
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

**4.ANALISI DI LABORATORIO****4.1 Prestazioni**

L'Assicurazione garantisce la copertura delle spese per analisi di laboratorio a seguito di malattia e/o infortunio.

#### **4.2. Regimi e condizioni di erogazione**

##### **Massimali**

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 3.000,00 euro a Nucleo.

##### **Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta;
- Regime rimborsuale;
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale;

##### **Franchigie e scoperti**

- Assistenza diretta: franchigia 25,00 euro per evento;
- Regime rimborsuale: scoperto 20% con il minimo di 50,00 euro per evento;
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

#### **5. MEDICINALI**

##### **5.1 Prestazioni**

L'aggiudicatario si obbliga a riconoscere le spese per medicinali, prescritti dal medico curante o dallo specialista, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie. Sono esclusi i medicinali omeopatici, galenici e parafarmaci.

##### **5.2. Regimi e condizioni di erogazione**

##### **Massimale**

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 500,00 euro a Nucleo.

##### **Regimi di erogazione**

- Regime rimborsuale;
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale;

##### **Franchigie e scoperti**

- Regime rimborsuale: franchigia 50,00 euro per evento;
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%

#### **6.LENTI/OCCHIALI**

##### **6.1. Prestazioni**

La Società provvede al rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di lenti (comprese le lenti a contatto, escluse le "usa e getta") e occhiali per difetti visivi, senza limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista. Il rimborso viene concesso una sola volta per annualità assicurativa, su una singola fattura per lenti od occhiali. L'acquisto della sola montatura non sarà ammesso a rimborso.

##### **6.2 Regimi e condizioni di erogazione**

##### **Massimali**

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 500,00 euro a Nucleo. Regimi di erogazione

- Assistenza diretta;
- Regime rimborsuale.

##### **Franchigie e scoperti**

- Assistenza diretta: franchigia 100,00 euro;
- Regime rimborsuale: franchigia 100,00 euro.



## **7.PROTESI**

### **7.1 Prestazioni**

L'Assicurazione deve riconoscere le spese sostenute per l'acquisto o il noleggio di protesi (ortopediche e/o acustiche), ortesi, presidi e/o ausili sanitari.

### **7.2 Regimi e condizioni di erogazione**

#### **Massimali**

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 2.000,00 euro a Nucleo.

#### **Regimi di erogazione**

Regime rimborsuale

#### **Franchigie e scoperti**

Regime rimborsuale: scoperto del 20% 10 D.lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

## **8.PACCHETTO MATERNITÀ**

### **8.1 Prestazioni**

L'aggiudicatario copre le spese relative a una o più delle seguenti prestazioni sostenute dagli Assicurati per:

-Accertamenti diagnostici (una o più delle seguenti prestazioni): ecografie effettuate in gravidanza o translucenza nucale od ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N.;

-analisi di laboratorio (una o più delle seguenti prestazioni): esami ematochimici o analisi macrobiologiche o ogni altro tipo di analisi di laboratorio finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N.;

-visite di controllo ostetrico-ginecologiche (una o più delle seguenti prestazioni): visite di controllo ostetrico-ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia-ginecologia, o controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica, o iscritto all'apposito albo professionale, o una visita anestesilogica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Numero massimo complessivo di visite/controlli per gravidanza: 4 (6 per gravidanza a rischio);

-Test genetici prenatali: o amniocentesi o villocentesi, a seguito di prescrizione o meno, a seconda dell'età della donna o test genetici prenatali non invasivi: test che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21,18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (per esempio: Harmony test, Prenatal Safe, ecc.). Tali test sono riconosciuti solo in alternativa all'amniocentesi/villocentesi.

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa copia conforme della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per parto o per aborto spontaneo o terapeutico, la Compagnia corrisponde un'indennità di 80,00 euro per ogni giorno di ricovero per un massimo di 7 giorni.

### **8.2 Regimi e condizioni di erogazione**

#### **Massimali**

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.000,00 euro a Nucleo.

**Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta;
- Regime rimborsuale;
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

**Franchigie e scoperti**

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia;
- Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia;
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

**C) PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE NON COLLEGABILI AL RICOVERO****1. Prestazioni**

La garanzia riconosce le spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati presso professionisti abilitati (eventualmente comprensivi del noleggio dell'apparecchiatura) per recuperare la salute a seguito di malattia o ricovero, con o senza intervento chirurgico.

**2. Regimi e condizioni di erogazione****Massimali**

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 3.500,00 euro a Nucleo.

Sub-massimale per seduta: 55,00 euro.

**Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta;
- Regime rimborsuale;
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

**Franchigie e scoperti**

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/ franchigia, massimo 55,00 euro a seduta;
- Regime rimborsuale: nessuno scoperto/ franchigia, massimo 55,00 euro a seduta;
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

**D) PREVENZIONE****Prestazioni**

L'Assicurazione riconosce le spese sostenute per visite, accertamenti e analisi (esclusi gli esami di alta diagnostica) a fini di prevenzione. Non è necessaria la prescrizione del medico.

**Regimi e condizioni di erogazione****Massimali**

Massimale annuo: 250,00 euro a Nucleo

**Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta;
- Regime rimborsuale;
- Utilizzo del servizio sanitario nazionale;

**Franchigie e scoperti**

Nessuno scoperto/franchigia.

## **E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE**

### **1.Cure odontoiatriche**

#### **1.1 Prestazioni**

La garanzia coprirà le spese per prestazioni odontoiatriche a seguito di malattia e/o infortunio. Possono essere rimborsate le spese per:

- Prestazioni dentarie (parodontologia, conservativa, endodonzia, gnatologia);
- Avulsione (estrazione denti): prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 2 denti l'anno (senza successiva applicazione di impianti);
- Emergenza odontoiatrica: prestazioni dentarie d'emergenza, massimo una volta l'anno, a seguito di malattia e/o infortunio;
- Ortodonzia: spese per prestazioni di ortodonzia (cure e/o apparecchi);
- Prestazioni di Implantologia: spese per prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse. La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura. Devono rientrare in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.;
- Protesi dentarie: spese relative all'applicazione/ sostituzione/manutenzione di protesi dentarie.

#### **1.2 Regimi e condizioni di erogazione**

##### **Massimali**

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 3.500,00 euro a Nucleo.

##### **Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta;
- Regime rimborsuale;
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

##### **Franchigie e scoperti**

- Assistenza diretta: franchigia 120,00 euro per annualità;
- Regime rimborsuale: scoperto 20% con il minimo di 150,00 euro per annualità;
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

### **2. Interventi chirurgici odontoiatrici**

#### **2.1 Prestazioni**

L'assicurazione copre le spese per interventi chirurgici odontoiatrici da malattia e/o infortunio.

#### **2.2 Regimi e condizioni di erogazione**

##### **Massimali**

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 3.000,00 euro a Nucleo.

##### **Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta;
- Regime rimborsuale;
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

##### **Franchigie e scoperti**

- Assistenza diretta: franchigia 300,00 euro;
- Regime rimborsuale: scoperto 25% con il minimo di 500,00 euro;

-se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

### **3. Prevenzione odontoiatrica**

#### **3.1 Prestazioni**

L'Aggiudicatario coprirà le spese per:

- 2 visite specialistiche odontoiatriche l'anno (anche ortodontica in caso di prevenzione odontoiatrica per minori) o, in alternativa;
- 1 seduta di igiene orale l'anno (ablazione del tartaro), mediante utilizzo di ultrasuoni o, se necessario, mediante altro tipo di trattamento.

#### **3.2 Regimi e condizioni di erogazione**

##### **Massimali**

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 2 prestazioni a Nucleo.

##### **Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta;
- Regime rimborsuale;
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

##### **Franchigie e scoperti**

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia;
- Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia;
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

## **IV) ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI**

Sono esclusi dalla copertura:

- gli infortuni avvenuti alla guida di veicoli in stato di ubriachezza o in conseguenza di azioni delittuose dell'assicurato o atti di autolesionismo;
- gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti a sieropositività da HIV, alcolismo acuto o cronico, e tossicodipendenza;
- gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti a uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo il caso di uso a scopo terapeutico) o di sostanze allucinogene;
- 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.

## **V) PERSONE NON ASSICURABILI**

Non possono entrare in copertura soggetti che abbiano già compiuto 75 anni al momento della decorrenza dell'Assicurazione. Per gli Assicurati che raggiungono tale limite di età in corso di copertura, la copertura nei loro confronti cessa alla prima scadenza annuale del Contratto, salvo specifica deroga.

## **VI) 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.

## **VII) 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.

## **VIII) REGIME DELLE PRESTAZIONI**

L'Assistito può, a sua scelta:

- avvalersi della procedura di assistenza diretta presso strutture e/o medici convenzionati con la Compagnia, 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 Compagnia entro 30 giorni naturali e consecutivi dalla data in cui l'assicurato presenta la richiesta, completa della documentazione necessaria.

## **IX) PENALI**

La Camera potrà applicare alla Compagnia 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.

#### **X) 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.

#### **XI) RECESSO**

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

#### **XII) DEFINIZIONE DELLE CONTROVERSIE**

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

#### **XIII) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

#### **XIV) ALTRE ASSICURAZIONI**

L'Amministrazione e l'Assicurato devono comunicare alla Compagnia se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, la Compagnia non è tenuta a pagare l'Indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Amministrazione e l'Assicurato devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, la Compagnia può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento.

#### **XV) PAGAMENTO DEL CORRISPETTIVO**

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

#### **XVI) CLAUSOLA BROKER**

Non prevista.

#### **XVII) ESTENSIONE TERRITORIALE**

La garanzia assicurativa ha validità in tutto il mondo.