

N. 0043963**18/07/2013****Consiglio Nazionale delle Ricerche**DIREZIONE CENTRALE
SUPPORTO ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLE INFRASTRUTTURESERVIZI GENERALI DELLA SEDE CENTRALE
IL DIRETTORE**CAPITOLATO TECNICO**

gara europea ad evidenza pubblica a procedura aperta ai sensi dell'art. 55 del D. Lgs. n. 163/2006 e s.m.i, "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle Direttive CE/17/2004 e CE/18/2004" per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria in favore del personale dipendente del Consiglio Nazionale delle Ricerche – CIG. 52412700D5

PREMESSA

Il presente Capitolato Tecnico disciplina gli aspetti tecnico-giuridici della fornitura dei servizi assicurativi di assistenza sanitaria integrativa a favore dei dipendenti, in servizio e in quiescenza, del Consiglio Nazionale delle Ricerche e dei loro familiari.

L'Amministrazione stipulerà con l'Assicuratore il Contratto di Assicurazione in conformità alle condizioni di cui al presente Capitolato Tecnico.

DEFINIZIONI

Nel corpo del presente Capitolato Tecnico viene convenzionalmente attribuito ai seguenti termini il significato di seguito precisato:

Assicurazione	La copertura sanitaria.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Contraente o Amministrazione	Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR)
Assicurato	Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione
Società	La Compagnia di Assicurazioni aggiudicataria che assumerà il rischio delle prestazioni.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Malattia	Qualunque alterazione dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, anche non dipendente da infortunio
Malformazione	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Massimale	L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
Difetto fisico	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
Istituto di Cura	Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità

	dietologiche ed estetiche.
Struttura sanitaria convenzionata	Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.
Ricovero	La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento
Day-hospital	Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.
Retta di degenza	Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.
Intervento chirurgico	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.
Indennità sostitutiva	Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero e day-hospital, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero o il day-hospital stessi o comunque ad essi connesse.
Intervento chirurgico ambulatoriale	Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.
Accertamento diagnostico	Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
Sinistro	Il verificarsi del ricovero in Istituto di Cura o della degenza in day hospital o dell'intervento chirurgico in ambulatorio, nonché delle altre prestazioni mediche garantite dal contratto assicurativo, reso necessario da malattia, infortunio e parto.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia (o minimo non indennizzabile)	La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

SEZIONE A
SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALL'ASSICURAZIONE

1 – Personale dipendente in servizio

L'assicurazione è prestata in favore dei dipendenti dell'Amministrazione, con contratto a tempo indeterminato o determinato assegnati presso sedi CNR in Italia ovvero all'estero, in servizio alla data della stipula del contratto di assicurazione, ed il relativo onere economico è assunto dall'Amministrazione.

Ciascun dipendente ha la facoltà di rinunciare ai benefici derivanti dalla presente copertura sanitaria, mediante dichiarazione da rendere all'Amministrazione entro 30 giorni dalla comunicazione ai dipendenti del CNR della aggiudicazione della gara. Successivamente alla stipula del contratto da parte del CNR, il dipendente rinunciatario potrà subentrare nella copertura assicurativa esclusivamente per effetto della scadenza di un'altra polizza sanitaria ovvero, nel caso di personale assegnato presso sedi CNR all'estero, per effetto del trasferimento in Italia.

Il numero dei dipendenti complessivamente da assicurare, secondo l'ultimo dato aggiornato al 1 luglio 2013, è pari a 8.321 unità. Di seguito si riporta una suddivisione per categorie di dette unità:

Numero totale dipendenti in servizio	8.321
Numero dipendenti donne	3.788
Numero dipendenti uomini	4.533
Età media dipendenti	46,68
M	47,36
F	46,36
Numero dipendenti dislocati nel nord Italia	1.993
centro Italia	3.480
sud Italia	2.819
Numero dipendenti dislocati all'estero	29

Si precisa che tali valori sono puramente indicativi ai fini della formulazione dell'offerta da parte del concorrente.

2 - Estensione facoltativa dell'assicurazione a soggetti diversi

L'assicurazione può essere estesa, con versamento del relativo premio a carico dell'assicurato, entro il limite di durata degli effetti della polizza, ai seguenti soggetti:

- a) coniuge o convivente "more uxorio" e ai figli tutti risultanti dallo stato di famiglia;
- b) figli non risultanti dallo stato di famiglia a seguito di trasferimento in altra residenza dovuto a separazione o divorzio dei genitori;
- c) genitori del dipendente purché risultanti dallo stato di famiglia;
- d) al personale posto in quiescenza nel corso degli effetti della polizza;
- e) al personale posto in quiescenza successivamente al 22 settembre 2010, il cui numero, secondo l'ultimo dato aggiornato al 1 luglio 2013, è pari a:

Numero totale dipendenti posti in quiescenza successivamente al 22 settembre 2010	294
Numero dipendenti donne	64
Numero dipendenti uomini	244

L'estensione ai familiari verrà operata a prescindere se i familiari siano, o meno, fiscalmente a carico del dipendente.

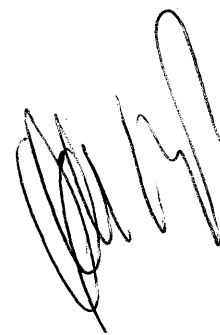
Nel caso di estensione ai familiari non vige l'obbligo di includere tutte le persone, come sopra indicate, risultanti dallo stato di famiglia. Successivamente alla stipula del contratto, il familiare potrà subentrare nella copertura assicurativa esclusivamente per effetto della scadenza di un'altra polizza sanitaria.

3 - Adesione di altre Amministrazioni pubbliche

La Società aggiudicataria si impegna a praticare le medesime condizioni contrattuali previste nel presente Capitolato Tecnico, nel Disciplinare di gara e negli altri atti di gara, in favore degli altri Enti pubblici di Ricerca che ne manifestino l'interesse.

L'Amministrazione non assume alcun onere, obbligo e/o responsabilità in merito alla conclusione e/o all'esecuzione e/o gestione del contratto di assicurazione tra la Società aggiudicataria e gli altri Enti pubblici di Ricerca, tanto nei confronti dell'una che degli altri.

Il contratto di assicurazione che l'Amministrazione stipulerà con la Società aggiudicataria resta del tutto autonomo ed indipendente dagli eventuali contratti di assicurazione conclusi con gli Enti pubblici di Ricerca.



SEZIONE B
OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Le prestazioni oggetto dell'assicurazione sanitaria sono determinate dalla presente sezione.
La Società deve fornire un servizio di accesso ad una rete di Strutture Sanitarie Convenzionate nella quale gli Assicurati possono usufruire dei servizi assicurativi.
Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi a:

- a) Strutture sanitarie convenzionate con la Società;
- b) Strutture sanitarie non convenzionate con la Società;
- c) Servizio Sanitario Nazionale.

1 - Ricovero

La Società provvederà al rimborso/pagamento delle prestazioni sotto indicate fino alla concorrenza del **massimale di € 350.000,00**, per anno assicurativo e per nucleo familiare, salvo eventuali offerte migliorative proposte in sede di gara.

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

1.1 Ricovero a seguito di malattia o infortunio

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 30 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese sostenute sono liquidate integralmente dalla Società, direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso di ricovero in strutture sanitarie non convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di €. 350,00 al giorno.

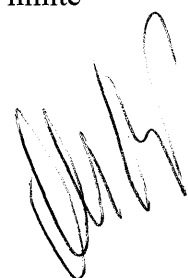
e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura.

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

Nel caso di ricovero in strutture sanitarie non convenzionate, la garanzia è prestata nel limite di €. 80,00 al giorno per un massimo di 60 giorni per ricovero.

f) Post ricovero



Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 60 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

1.2 Trasporto sanitario

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

1.3 Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

La Società provvederà al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 1.1 "Ricovero a seguito di malattia e infortunio" e 1.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

1.4 Intervento chirurgico anche ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvederà al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 1.1 "Ricovero a seguito di malattia e infortunio" lett. a) Pre-ricovero, b) Intervento chirurgico, c) Assistenza medica, medicinali, cure, f) Post-ricovero e 1.2 "Trasporto sanitario", con i relativi limiti in essi indicati.

1.5 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società provvederà al pagamento delle spese previste ai punti 1.1 "Ricovero a seguito di malattia e infortunio" e 1.2 "Trasporto sanitario", con i relativi limiti in essi indicati, 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.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

1.6 Parto e aborto

L'assicurazione è prestata fino ad un limite massimo di € 4.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare in strutture non convenzionate o del Servizio Sanitario Nazionale, mentre è da intendersi senza alcun limite in strutture convenzionate. Non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

In caso di parto fisiologico, parto cesareo e aborto, consentito dalla normativa vigente, effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni di cui ai punti 1.1 "Ricovero a seguito di malattia e infortunio" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore, f) "Post-ricovero", e 1.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.



1.7 Modalità di erogazione delle prestazioni

a) *Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.*

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

- punto 1.2 "Trasporto sanitario", che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati;
- punto 1.6 "Parto e aborto", che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

b) *Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società.*

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di €. 2.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 1.1 "Ricovero a seguito di malattia e infortunio":

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

punto 1.2 "Trasporto sanitario";

punto 1.6 "Parto e aborto";

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

c) *Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale*

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto successivo 1.8 "Indennità Sostitutiva".

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

1.8 Indennità sostitutiva

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

2 - ESAMI DIAGNOSTICI

La Società provvederà al rimborso/pagamento delle spese per gli esami diagnostici sotto elencati fino alla concorrenza del **massimale di € 4.000,00**, per anno assicurativo e per ciascun componente del nucleo familiare.

Alta diagnostica radiologica

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia



- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia Intravenosa
- Colangiografia percutanea (Ptc)
- Colangiografia trans kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluoroangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaca e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Gastroscopia, Rettoscopia e Colonscopia
- Rx Torace
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia logge renali
- Tomoxerografia
- Tomografia torace
- Tomografia in genere
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Amniocentesi
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Prelievo dei villi coriali
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

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'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie e personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 60,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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

3 - VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche, esami e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti nel punto 2, con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici, fino alla concorrenza del **massimale di € 1.500,00**, per anno assicurativo e per ciascun componente del nucleo familiare, salvo eventuali offerte migliorative proposte in sede di gara.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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 di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di 50,00 euro per visita specialistica.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20 % e con un minimo non indennizzabile di € 80,00 per ogni visita specialistica.

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

4 - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società provvederà al rimborso/pagamento delle spese per i trattamenti sotto elencati fino alla concorrenza del **massimale di € 350,00**, per anno assicurativo e per ciascun componente del nucleo familiare.

La Società provvederà al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 50 %.

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

5 - ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

La Società rimborserà le spese di assistenza infermieristica domiciliare a seguito di malattia o infortunio, prescritta da sanitario e praticata da personale infermieristico qualificato, nel limite di **€ 100,00 al giorno** per un massimo di 100 giorni per nucleo familiare e anno assicurativo, .

6 - CURE DENTARIE DERIVANTI DA INFORTUNIO

La Società, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, provvederà al rimborso/pagamento delle spese per le cure odontoiatriche e ortodontiche derivanti da infortunio fino alla concorrenza del **massimale di € 2.000,00**, per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 150,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

7 - SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

Per l'Italia, la società garantirà i seguenti servizi di consulenza ed assistenza telefonica, a mezzo numero verde gratuito disponibile 24 ore su 24:

a) Informazioni sanitarie in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private, ubicazione e specializzazioni;



- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici immediati

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

d) Invio di un medico

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

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

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

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

f) Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

In caso di ricovero ospedaliero dell'assicurato superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa prenderà in carico un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica, per permettere ad un familiare convivente di raggiungere l'Assicurato ricoverato.

Tale prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare.

g) Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sottoelencati:

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

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa. La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

Per l'estero, la società garantirà i seguenti servizi di consulenza ed assistenza telefonica, a mezzo numero verde contattabile 24 ore su 24:

h) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Società, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di Euro 150 per sinistro.

a) Invio di medicinali urgenti all'estero

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

b) Rimpatrio sanitario

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

aereo sanitario;

aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;

treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;

autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Società, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

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

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

8 - CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE E ORTODONZIA

La Società provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative, comprese eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale necessarie, e delle spese di ortopantomografia, dentalscan e telecranio, fino alla concorrenza del **massimale di € 100,00**,

per anno assicurativo e per nucleo familiare, salvo eventuali offerte migliorative proposte in sede di gara. Tali prestazioni dovranno essere eseguite esclusivamente da strutture e personale convenzionato con la Società ovvero presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Se nel corso della prima annualità di polizza vengono eseguite prestazioni il cui costo eccede il limite annuo di spesa sopra indicato, la Società autorizzerà le spese nei limiti del massimale previsto per l'intera durata della polizza. In questo caso, nell'annualità successiva i massimali previsti saranno decurtati di un valore pari a quello già consumato.

I massimali non utilizzati nel corso della prima annualità di polizza, e ad essa relativi, non potranno comunque essere utilizzati nell'annualità successiva.

Nel caso si utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di scoperti o franchigie.

Nel caso in cui l'assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari nel limite dei massimali assicurati.

9 – PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

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

10 – CURE PER MALATTIE ONCOLOGICHE

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

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

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

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

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

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare, da intendersi come massimale aggiuntivo a quanto già previsto al punto 1 della presente sezione, salvo eventuali offerte migliorative proposte in sede di gara.

SEZIONE C PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

1 - Premio a carico dell'Amministrazione

Il premio annuo per ogni dipendente assicurato, comprensivo di oneri fiscali, sarà quello risultante dall'offerta aggiudicataria.

Ai fini del calcolo del premio annuo totale l'Amministrazione comunicherà, prima della stipula del contratto di assicurazione, l'elenco del personale, con le relative generalità, da assicurare in base alle condizioni previste nel presente Capitolato Tecnico. Il premio annuo totale che sarà corrisposto dall'Amministrazione è determinato dal premio individuale risultante dall'offerta aggiudicataria per il numero dei dipendenti CNR che non hanno rinunciato ai benefici della Polizza.

Il premio annuo totale sarà pagato in due rate semestrali di uguale importo, la prima entro 60 giorni dalla sottoscrizione del contratto, la seconda entro 60 giorni dall'inizio del secondo semestre.

Entro 90 giorni successivi alla fine di ogni annualità, l'Amministrazione comunicherà alla Società il numero effettivo dei dipendenti assicurati, con le relative generalità, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio.

2 - Premio a carico dell'assicurato

L'attivazione dell'assicurazione per i soggetti indicati nella precedente sezione A - Soggetti aventi diritto all'assicurazione, punto 2 (familiari e personale in quiescenza), avviene su adesione volontaria, mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo.

Sarà cura del singolo dipendente comunicare alla Società l'estensione della copertura sanitaria in favore dei familiari.

La Società si impegna a praticare i seguenti premi annui, comprensivi di oneri fiscali:

- a) per il coniuge o convivente "more uxorio, nella misura del 85% del premio annuo riferito al personale dipendente;
- b) per ogni figlio, nella misura del 80% del premio annuo riferito al personale dipendente;
- c) per ogni figlio, in caso di famiglie con almeno tre figli, nella misura del 60% del premio annuo riferito al personale dipendente;
- d) per ogni genitori risultante dallo stato di famiglia, nella misura del 200 % del premio annuo riferito al personale dipendente;
- e) per il personale posto in quiescenza successivamente al 22 settembre 2010, nella misura del 200 % del premio annuo riferito al personale dipendente;
- f) per il personale posto in quiescenza nel corso degli effetti della polizza, nella misura del 200 % del premio annuo riferito al personale dipendente.

Il pagamento dovrà avvenire entro gli stessi termini e modalità indicati al punto 1 della presente sezione.

3 - Inclusioni

Relativamente alle inclusioni di dipendenti e familiari avvenute in data successiva a quella di effetto della polizza, nei casi previsti, il premio corrisponde:



- al 100% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre assicurativo;
- al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre assicurativo.

SEZIONE D
DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

L'assicurazione ha una durata di anni 3 (tre), con riserva di esercitare la facoltà di ripetizione di servizi analoghi per altri 2 (due) anni ai sensi dell'art. 57, comma 5, lett. b), di cui al disciplinare di gara, a decorrere dalle ore 24 del giorno di sottoscrizione del contratto di assicurazione, se il premio o la prima rata sono stati pagati nei termini previsti. Diversamente, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

Se il Contraente, ovvero l'Assicurato nel caso di estensione della polizza ai familiari, non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

E' fatta salva per l'Amministrazione la facoltà di recedere dal contratto di assicurazione alla scadenza della seconda annualità, senza alcun obbligo di motivazione. Il recesso potrà esercitarsi mediante comunicazione da inviare alla Società a mezzo raccomandata A/R non oltre due mesi prima della scadenza della seconda annualità.

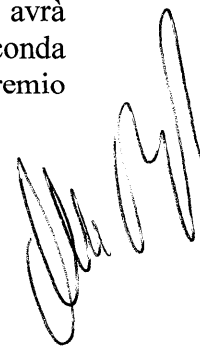
Non oltre quattro mesi prima della scadenza della seconda annualità di polizza, la Società effettuerà il calcolo del rapporto fra i sinistri pagati e riservati ed i premi di competenza relativi alle due annualità.

I sinistri riservati sono quelli che, in base ai dati di consuntivo rilevati alla data del calcolo e delle proiezioni di chiusura dell'annualità, si stima verranno pagati.

Nel computo dei sinistri, pagati e riservati, e dei premi netti verranno calcolati anche quelli relativi alle coperture per il personale in quiescenza e per i familiari iscritti nelle relative polizze.

$$\frac{\text{sinistri pagati e riservati relativi alle due annualità}}{\text{premi netti di competenza relativi alle due annualità}} > 75\%$$

In presenza di un valore superiore al 75%, la Società ha la facoltà di proporre, non oltre due mesi prima della scadenza della seconda annualità di polizza, e con effetto per la terza annualità, le modifiche alle garanzie del contratto tali da riportare il valore del rapporto sinistri/premi al 75%. Nel caso di mancata accettazione delle nuove condizioni da parte del Contraente, la Società potrà recedere dal contratto, mediante disdetta da comunicare tramite raccomandata A/R entro la scadenza della seconda annualità di polizza. La disdetta avrà effetto a decorrere dal compimento del terzo mese successivo alla scadenza della seconda annualità di polizza, periodo per il quale sarà corrisposto un premio pari a 3/12 del premio annuale.



Le inclusioni di dipendenti, e loro familiari, in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia decorre dal giorno dell'assunzione sempreché venga comunicata alla Società entro 90 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora il dipendente neoassunto intenda estendere la copertura assicurativa ai propri familiari dovrà includerli nella copertura all'atto. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio.

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempreché sia stato pagato il relativo premio.

I neoassunti e i loro familiari hanno la facoltà di rinunciare e/o di subentrare nella copertura assicurativa secondo le modalità previste al punto 1 – Personale dipendente in servizio, della Sezione A - Soggetti aventi diritto all'assicurazione.

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

L'assicurazione cessa automaticamente dal momento del decesso del titolare; e gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

SEZIONE E **CONDIZIONI ULTERIORI DEI SERVIZI ASSICURATIVI**

1 - ESTENSIONE TERRITORIALE

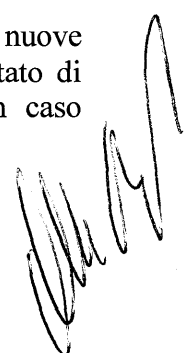
Sono ammesse al rimborso le spese sostenute in tutto il mondo.

2 - INCLUSIONI

- Inclusione del nucleo familiare. Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli tutti risultanti da stato di famiglia, possono essere inclusi con costi a carico del dipendente.

- Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

In caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni dalla variazione stessa. In caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione alla Compagnia.



- Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto del contratto

In caso di nuove assunzioni, la garanzia per il dipendente e i familiari, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Compagnia e alla Cassa aziendale entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione.

- Successivamente alla stipula del contratto da parte del CNR, il dipendente rinunciario potrà subentrare nella copertura assicurativa esclusivamente per effetto della scadenza di un'altra polizza sanitaria ovvero, nel caso di personale assegnato presso sedi CNR all'estero, per effetto del trasferimento in Italia.

- Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari in garanzia vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva. In caso di cessazione del rapporto per pensionamento, è facoltà dell'ex-dipendente di mantenere la copertura, con premio a proprio carico.

2 - ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
4. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
5. gli accertamenti per infertilità e 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;
6. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
7. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
10. 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, ad eccezione di coloro che lavorano nel campo e sono esposti classificati in categoria A ai sensi del D. Lgs. n. 203/95;

11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
12. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

3 - DENUNCIA DEL SINISTRO

Per usufruire delle prestazioni da parte di una struttura convenzionata e con equipe convenzionata, l'Assicurato deve preventivamente contattare la Società mediante il servizio di assistenza telefonica (numero verde gratuito dall'Italia).

In tutti gli altri casi, deve essere presentata denuncia scritta alla Società entro 40 giorni dalla data di dimissione dall'Istituto di cura.

L'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione necessaria ai fini della liquidazione del sinistro.

4 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

In caso di ricovero in centro convenzionato, la Società provvede direttamente al pagamento di quanto dovuto, a termini della presente polizza.

In tutti gli altri casi la Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, a termini della presente polizza, su presentazione di certificazione attestante la patologia e - in originale - delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata entro 20 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

La Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data e degli estremi della liquidazione dell'indennità.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico.

