



**REPUBBLICA ITALIANA
ASSEMBLEA REGIONALE SICILIANA**

**LOTTO II: Fondo di solidarietà
tra gli onorevoli Deputati dell'Assemblea regionale siciliana**

XVII LEGISLATURA

SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO

A handwritten signature in black ink, appearing to be the initials "RM" or similar, located in the bottom right corner of the page.

Articolo 1
Oggetto dell'appalto

Oggetto del presente appalto è la stipula di una polizza relativa all'assistenza sanitaria integrativa a beneficio degli iscritti al Fondo di solidarietà tra gli on. Deputati dell'Assemblea regionale siciliana, nonché, su richiesta, ai componenti dei nuclei familiari fiscalmente a carico, nell'ambito della quale siano incluse le prestazioni di cui al presente capitolato ed all'offerta progettuale presentata in sede di gara.

Sono, in particolare, incluse nell'oggetto dell'appalto le fattispecie di seguito indicate, i cui aspetti di dettaglio sono definiti nei successivi articoli del presente capitolato:

a) RICOVERO

La Società indennizza, alle condizioni e con le modalità previste all'art. 9 del presente capitolato, le spese mediche per ricovero con o senza intervento chirurgico (compreso parto e aborto), day hospital e intervento chirurgico ambulatoriale. Sono inoltre comprese le spese sostenute nei giorni precedenti e successivi, attinenti all'evento stesso.

b) ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società indennizza le spese mediche per prestazioni effettuate con macchinari altamente specializzati.

c) VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società indennizza le spese per accertamenti diagnostici e per le visite effettuate da medico specialista.

d) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI DA INFORTUNIO

La Società indennizza le spese per le terapie fisiche riabilitative a seguito di infortunio.

e) PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI

La Società indennizza le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche atte a sostituire una parte anatomica.

Sono compresi anche gli ausili medici ortopedici e acustici.

f) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

La Società provvede al pagamento di una visita odontoiatrica e una seduta di igiene orale effettuate per monitorare e prevenire l'insorgenza di stati patologici.

g) ODONTOIATRIA



La Società indennizza le spese sostenute per prestazioni ortodontiche e odontoiatriche, quali, cure dentarie, terapie conservative e protesi.

h) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Società indennizza le spese sostenute per cure dentarie conseguenti ad infortunio.

i) CURE ONCOLOGICHE

La Società indennizza le spese per terapie mediche (ovvero non chirurgiche), quali chemioterapia, cobaltoterapia e radioterapia. Sono inoltre comprese le visite specialistiche e gli accertamenti per la diagnosi e il monitoraggio degli stessi.

La presente garanzia viene erogata sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero.

j) LENTI E OCCHIALI

La Società indennizza le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o lenti a contatto, inclusa la montatura, purché in presenza di prescrizione del medico oculista o certificazione dell'ottico optometrista, attestanti la modifica della capacità visiva.

k) SERVIZI DI CONSULENZA

La Società fornisce servizi di consulenza telefonica quali:

- Informazioni sanitarie
- Prenotazione di prestazioni sanitarie
- Pareri medici

Articolo 2

Massimali, scoperti, franchigie e minimi non indennizzabili

Si illustrano di seguito, mediante esempi, i meccanismi di funzionamento di massimali, franchigie, scoperti e minimi non indennizzabili:

1° esempio:

Somma assicurata: € 20.000,00

Richiesta di rimborso: € 3.500,00

Franchigia: € 500,00

Indennizzo: € 3.500,00 – 500,00 = € 3.000,00

2° esempio:

Somma assicurata: € 20.000,00

Richiesta di rimborso: € 400,00

Franchigia: € 500,00

Nessun rimborso è dovuto perché l'importo richiesto è inferiore alla franchigia.

3° esempio:

Somma assicurata € 50.000,00
 Richiesta di rimborso € 20.000,00
 Scoperto 10% con il minimo di € 1.000,00
 Indennizzo € 20.000,00 - 10% = € 18.000,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è superiore al minimo non indennizzabile).

4° esempio:

Somma assicurata: € 50.000,00
 Richiesta di rimborso € 8.000,00
 Scoperto 10% con il minimo di € 1.000,00
 Indennizzo € 8.000,00 - 1.000,00 = € 7.000,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

5° esempio:

Somma assicurata: € 80.000,00
 Richiesta di rimborso: € 90.000,00
 Indennizzo: € 80.000,00.

Articolo 3

Circostanze del rischio

Non sono previste dichiarazioni sulle circostanze del rischio né la compilazione del questionario sanitario.

In considerazione della circostanza che la qualità di assicurato è legata all'iscrizione al Fondo, non è prevista la possibilità di variazione della professione che possa determinare aggravamento del rischio.

Articolo 4

Regime fiscale

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

Articolo 5

Tipologia di prestazioni

Le prestazioni oggetto dell'appalto sono distinte nelle seguenti tipologie:

- Prestazioni eseguite in strutture pubbliche o private convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati;
- Prestazioni eseguite in strutture pubbliche o private non convenzionate con la Società o effettuati da medici non convenzionati;
- Prestazioni eseguite nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

A ciascuna tipologia di prestazioni, come sopra distinte, si applicano le disposizioni e le condizioni previsti nei successivi articoli del presente documento.

Nel caso in cui la prestazione possa essere resa secondo due o più delle tipologie previste, la scelta tra di esse è rimessa alla valutazione discrezionale dell'assicurato.

Articolo 6 **Reclami**

L'Impresa deve mettere a disposizione un indirizzo mail attraverso il quale l'assicurato possa formalizzare reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto.

L'Impresa provvede al riscontro del reclamo, mediante il medesimo indirizzo mail, nel termine inderogabile di giorni trenta dalla ricezione.

Ferma restando la possibilità per il reclamante, che non si ritenga soddisfatto del riscontro ricevuto, di adire l'Autorità Giudiziaria ovvero attivare le altre procedure previste dalla legge ai fini del riconoscimento del proprio diritto, il Fondo si riserva di verificare se l'operato della Compagnia configuri una violazione delle disposizioni del presente capitolato, che rilevi quale inadempimento contrattuale.

Articolo 7 **Centrale operativa**

L'Impresa deve mettere a disposizione del Contraente e degli Assicurati una Centrale Operativa, ossia una struttura organizzativa costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza.

La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a:

- organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;
- fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate;
- fornire informazioni su strutture sanitarie non convenzionate ovvero su strutture del S.S.N. in condizioni di erogazione prestazioni sanitarie incluse nella presente polizza;
- rilasciare pareri medici, resi a beneficio dell'assicurato al fine di fornire indicazioni utili all'individuazione del tipo di prestazione sanitaria da richiedere e della struttura più idonea in relazione alle proprie esigenze, restando inteso che il consulto telefonico non potrà mai sostituirsi né rendere superflua la visita medica specialistica;
- Fornire informazioni su prestazioni, modalità di attivazione e condizioni di applicabilità della presente polizza.

Articolo 8 **Persone assicurate**

L'assicurazione è prestata a favore di coloro che risultano iscritti al Fondo di solidarietà tra gli on. Deputati dell'Assemblea regionale siciliana, alla data di attivazione della polizza.

Gli iscritti ai Fondi sono obbligatoriamente assicurati, a meno che non dichiarino entro giorni 30 dalla data di attivazione della polizza di fruire già di altra copertura sanitaria privata.

La copertura si estende a coloro che risultino iscritti al Fondo successivamente alla data di attivazione della polizza, con decorrenza dal mese successivo alla comunicazione da parte del Fondo e, con la medesima decorrenza, può essere cessata per coloro che non risultino più iscritti al Fondo con le modalità stabilite all'art. 21.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo premio a carico del dipendente, ai componenti del nucleo familiare fiscalmente a carico, con le modalità ed alle condizioni proposte nell'offerta tecnica da parte dell'Impresa.

Articolo 9

Ricovero

9.1 Ricovero in Istituto di cura

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

a) Pre- ricovero

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

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

Onerari 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. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 60 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 30,00 al giorno per un massimo di 60 giorni per ricovero.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali, effettuati nei 150 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

9.2 Trasporto sanitario

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per ricovero.

9.3 Day-hospital

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 9.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 9.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

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

9.4 Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 9.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e 9.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

9.5 Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 9.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 9.2 "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.

9.6 Parto e aborto

9.6.1 Parto cesareo

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 9.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; g) "Post-ricovero", e 9.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 8.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

9.6.2 Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo

In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 9.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 9.1 "Ricovero in istituto

di cura”, lettera g) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 6.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

9.7 Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 3.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

9.8 Modalità di erogazione delle prestazioni

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto 9.1 “Ricovero in istituto di cura”:

- lett. a) “Pre ricovero”;
- lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto 9.2 “Trasporto sanitario”;

punto 9.7 “Rimpatrio della salma”

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

punto 9.6 “Parto e aborto”;

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 500,00, ad eccezione delle seguenti:

punto 9.1 “Ricovero in Istituto di cura”:

- lett. d) “Retta di degenza”;
- lett. e) “Accompagnatore”;
- lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto 9.2 “Trasporto sanitario”;

punto 9.6 “Parto e aborto”;

punto 9.7 “Rimpatrio della salma”

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 9.9 “Indennità Sostitutiva”.

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero anche in day hospital delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'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 private o pubbliche convenzionate con la Società ed

effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”.

9.9 Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, ferma restando la possibilità da parte della Società di provvedere al pagamento delle spese di “pre” e “post ricovero” con le modalità di cui ai punti 9.1 “Ricovero in istituto di cura” lett. a) Pre ricovero e lett. g) Post ricovero, avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

Le spese relative alle garanzie di “pre” e “post ricovero” in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di eventuali limiti previsti al punto 9.8 “Modalità di erogazione delle prestazioni” ed assoggettate ad un massimale annuo per assicurato pari a € 2.000,00.

9.10 Massimale assicurato

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 400.000,00 per nucleo familiare.

Articolo 10 **Alta specializzazione**

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

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia

- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Doppler
- E.C.G. a riposo e sotto sforzo, anche secondo Holter
- Ecocardiografia
- Ecografie
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia e tecarterapia 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 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 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.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 10.000,00 per nucleo familiare.

Articolo 11

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio o a malformazione non precedentemente

diagnosticata 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.

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 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 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 visita specialistica o accertamento diagnostico.

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

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 6.000,00 per nucleo familiare.

Articolo 12

Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso ovvero di prescrizione da parte di medico "di famiglia" o di specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario 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 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 € 70,00 per fattura/persona.

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

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per nucleo familiare.

Articolo 13

Protesi/ausili medici ortopedici ed acustici

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di € 2.000,00 per nucleo familiare.

Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici ed acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodi, plantari, apparecchi acustici, ecc..

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% e con un minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura/persona.

Articolo 14 **Cure oncologiche**

Nei casi di malattie oncologiche la Società liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero), con massimale autonomo.

Si intendono inclusi in garanzia anche le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

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 in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 10.000,00 per nucleo familiare.

Le sedute di chemioterapia effettuate in regime di ricovero o day hospital, saranno liquidate o rimborsate secondo le modalità sopraindicate nella presente garanzia, oppure secondo le modalità alla garanzia 3. "Ricovero" utilizzandone il relativo massimale al punto 3.10, scegliendo la soluzione più favorevole per l'Assicurato. Pertanto le prestazioni effettuate presso le strutture convenzionate con la Società ed in regime di ricovero e/o Day-hospital verranno sempre erogate nei limiti dell'art. 3 "Area Ricovero"; le prestazioni effettuate presso le strutture non convenzionate con la società o in SSN verranno rimborsate secondo quanto previsto dalla presente garanzia.

Articolo 15 **Prestazioni odontoiatriche particolari**

In deroga a quanto previsto all'art. 28.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento di prestazioni odontoiatriche particolari, fruibile una volta l'anno, al fine di monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, quando, in particolare, l'assicurato dichiara casi di familiarità.

E' inclusa nella copertura assicurativa l'ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente.

Nel caso di utilizzo di struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata alla Società.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

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 l'applicazione di scoperti o franchigie.

Articolo 16 **Odontoiatria/ortodonzia**

In deroga a quanto previsto all'art. 28.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate:

16.1 Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico

La Società provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico.

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 l'applicazione di scoperti o franchigie.

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 25% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura/persona.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle suddette prestazioni corrisponde a € 1.000,00 per nucleo familiare.

16.2 Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto all'art. 28.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici;
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

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 l'applicazione di scoperti o franchigie.

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 € 100,00 per fattura/persona.

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.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle suddette prestazioni corrisponde a € 10.000,00 per nucleo familiare.

Articolo 17
Lenti e occhiali

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura, nel limite annuo di € 600,00 per nucleo familiare.

La Società provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione di una franchigia di € 50,00 per fattura/persona.

Per l'attivazione è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.

Articolo 18
Servizi di consulenza

I servizi di consulenza, garantiti telefonicamente dall'Italia e dall'estero, includono:

- a) Informazioni sanitarie telefoniche in merito a:
 - strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
 - indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, 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 nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.
- c) Pareri medici immediati forniti all'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia nei limiti e nel rispetto di quanto previsto all'art. 7.

Articolo 19
Premio

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, sono quantificati a seguito dell'applicazione del ribasso formulato dall'Impresa aggiudicataria sui seguenti importi a base d'asta:

- a) dipendente: Euro 950,00;
- b) coniuge o convivente "more uxorio": Euro 750,00;
- c) ogni figlio Euro 600,00.

Il premio annuale deve essere pagato in via anticipata alla Direzione della Società tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

Posto che l'estensione della copertura ai familiari è rimessa alla discrezionalità dell'assicurato e ne può essere richiesta l'attivazione e la cessazione durante l'intera vigenza della polizza, modalità e condizioni di tale estensione saranno definite sulla base dell'offerta progettuale formulata dall'Impresa aggiudicataria.

Non è previsto adeguamento del premio e delle somme assicurate per tutta la durata di vigenza della polizza.

Articolo 20

Decorrenza e attivazione della copertura assicurativa

La copertura ha decorrenza immediata dalla sottoscrizione della polizza in forma rimborsuale; in forma diretta, nelle strutture convenzionate con la Società, deve avere effetto entro 45 giorni dalla sottoscrizione, sempre che le schede di adesione pervengano alla Società entro il 30 giorni dalla medesima data.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del giorno indicato nella polizza, se, a tale data, il premio risulta già pagato, diversamente ha effetto dalle ore 00.00 del giorno dell'avvenuto pagamento.

Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00.00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 00.00 del giorno di pagamento.

Articolo 21

Inclusioni / Cessazioni della copertura

Le inclusioni e le cessazioni della copertura all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

Per gli iscritti al Fondo alla data di avvio del contratto, i componenti del nucleo familiare fiscalmente a carico possono essere inclusi in qualsiasi momento di vigenza della polizza.

La copertura si estende anche a coloro che risultino iscritti al Fondo in un momento successivo all'avvio della polizza e, a discrezione dei medesimi, anche ai relativi familiari.

La copertura sarà attiva dal primo giorno del mese successivo alla comunicazione dei nuovi inserimenti.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai commi precedenti, il premio da corrispondere sarà computato, per l'anno di vigenza della polizza in cui avvenga il nuovo inserimento, in dodicesimi in relazione al mese in cui la copertura si attivi per il nuovo assicurato (ad esempio, se la polizza si attiva l'1 settembre ed il nuovo inserimento venga comunicato il 15 dicembre, per il nuovo assicurato dovrà essere corrisposto un premio quantificato nella misura di 8/12 del premio annuale).

In caso di richiesta di inclusione in assistenza di familiari, avvenuta oltre il termine di 45 giorni dall'entrata in vigore della polizza e che non sia giustificata da modifiche oggettive dello stato di famiglia dell'assicurato (ad es. per matrimonio o per nascita di figli), è in facoltà dell'Impresa subordinare l'inserimento in assistenza del familiare ad una previa visita medica generale da effettuarsi presso struttura medica convenzionata con l'Impresa, sita nella provincia di residenza dell'assicurato richiedente. L'eventuale rifiuto della copertura assistenziale deve essere adeguatamente motivato.

Nel caso di cessazione della carica di Deputato, l'ex assicurato e gli eventuali familiari inclusi in garanzia non possono essere esclusi dalla copertura prima della scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato già versato il premio.

Articolo 22

Durata dell'assicurazione

La polizza ha durata di tre anni dall'attivazione.

E' in ogni caso escluso il rinnovo tacito della polizza alla sua scadenza.

Articolo 23

Modifica delle condizioni di assicurazione

Modifiche delle condizioni e delle disposizioni previsti nella polizza possono essere formalizzate, anche se concordate tra le parti, esclusivamente nel rispetto delle normativa nazionale e regolamentare vigente.

Articolo 24

Foro competente

Per qualunque controversia dovesse sorgere in relazione al presente appalto, il Foro competente è quello di Palermo.

Articolo 25

Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Articolo 26

Operazioni societarie straordinarie

Nei casi di modifiche statutarie attinenti al trasferimento di sede sociale, al cambio di denominazione sociale o di trasferimento di tutto o parte del portafoglio, di fusione o scissione del portafoglio stesso, la Società invierà al Contraente e/o all'Assicurato una specifica comunicazione entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione.

Articolo 27

Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c. .

Articolo 28

Limitazioni**28.1 – Estensione territoriale**

La presente assicurazione vale in tutto il mondo.

28.2 – 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 diagnosticati precedentemente 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 protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
 4. Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
 5. I ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
 6. Gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
 7. I ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
 8. Gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
 9. Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
 10. Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport 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;
 11. Gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
 12. Le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
 13. 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;
 14. Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
 15. Le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.
- Limitatamente alle prestazioni previste al punto 10. "Odontoiatria/Ortodonzia" l'assicurazione non è operante per:
- protesi estetiche;
 - trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

28.3 – Limite d'età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del 76° anno d'età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare. Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 76°anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

Allegato A

GLOSSARIO

Aborto

Interruzione prematura di una gravidanza provocata artificialmente.

Aborto spontaneo

Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

Aborto terapeutico

Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come il pericolo di grave pregiudizio all'integrità psico-fisica della gestante.

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.

Anno

Periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assistenza

L'aiuto in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento lesivo.

Assistenza Infermieristica

Attività relativa all'assistenza sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

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.

Diagnosi comparativa

Consulenza di elevato profilo medico specialistico erogata, sulla base della documentazione fornita dall'Assicurato, da una struttura di medici specialisti internazionali.

Difetto fisico

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

Documentazione sanitaria

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di polizza.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

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

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di farmaci.

Intervento chirurgico ambulatoriale

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

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.

Ivass

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni.

Lettera di Impegno (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento con cui l'Assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy alla Società.

Libera professione intramuraria

L'attività che il personale medico alle dipendenze dell'SSN esercita in forma individuale o di equipe, al di fuori dall'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'Assicurato.

Malattia

Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia 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 che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Piano terapeutico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato alla Società per rendere possibile la successiva "presa in carico". Eventuali successive variazioni al piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova presa in carico da parte della Società.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Presa in carico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Comunicazione della Società al Centro Odontoiatrico convenzionato in ordine alle prestazioni contenute nel piano terapeutico che la Società stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente capitolato e nella polizza.

Reclamo

Una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti dell'Impresa relativa ad una o più prestazioni incluse nel presente capitolato; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto

Reclamante

Un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del reclamo da parte dell'Impresa, ad esempio il contraente, l'assicurato, il beneficiario e il danneggiato.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Scheda anamnestica (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'Assicurato, che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'Assicurato, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

Scoperto

Percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per la Società.

Società (o Impresa o Compagnia)

Soggetto con il quale viene stipulata la polizza.

Struttura sanitaria convenzionata

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