



Consiglio Nazionale delle Ricerche

**AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO ASSICURATIVO DI ASSISTENZA
SANITARIA IN FAVORE DEL PERSONALE DIPENDENTE**

Sintesi delle condizioni di capitolato

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 dall'avviso di aggiudicazione all'uopo comunicato. Successivamente alla stipula del contratto, il dipendente rinunciatario **potrà subentrare nella copertura assicurativa esclusivamente per effetto della scadenza di un'altra polizza sanitaria.**

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 purchè 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.

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.**

SEZIONE B OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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 private o pubbliche convenzionate con la Società;
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche 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 € 250.000,00**, per anno assicurativo e per nucleo familiare.

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 €. 300,00 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 €. 60,00 al giorno per un massimo di 30 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 30 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.

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

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

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 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.

L'assicurazione è prestata fino ad un massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non 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 non cesareo** e **aborto terapeutico**, 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 1.1 "Ricovero a seguito di malattia e infortunio" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", lettera f) "Post-ricovero", e 1.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

L'assicurazione è prestata fino ad un massimo di € 1.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. Non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

1.7 Modalità di erogazione delle prestazioni

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

Salvo eventuali offerte migliorative da valutare in sede di aggiudicazione, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle **strutture sanitarie convenzionate con applicazione di uno scoperto pari a € 700,00, (€ 350,00 in caso di intervento chirurgico ambulatoriale)**, 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 private o pubbliche 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 l'Assicurato sostenga durante il ricovero 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".

1.8 Indennità sostitutiva

a) 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 €. 50,00 per ogni giorno di ricovero, a partire dal 3° giorno, per un periodo non superiore a 60 giorni per ogni ricovero.

b) L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società per il ricovero connesso a un Grande Intervento Chirurgico, avrà diritto a un'indennità di €. 100,00 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 nucleo familiare.

Alta diagnostica radiologica

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia Intravenosa
- Colangiografia percutanea (Ptc)
- Colangiografia trans kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia

- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluoroangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- 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

- 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 con l'applicazione di una franchigia di € 40,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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 €. 80,00 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 E TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, **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 nucleo familiare e per anno assicurativo.

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.

3.1 Visite specialistiche

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 visite specialistiche vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di 50,00 euro per visita specialistica.

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 €. 80,00 per ogni visita specialistica.

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

3.2 Ticket per accertamenti diagnostici

Nel caso di accertamenti diagnostici la Società rimborsa integralmente i tickets 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 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 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 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 irrimediabili 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 (salvo eventuali offerte migliorative da valutare in sede di aggiudicazione della gara)**, per anno assicurativo e per nucleo familiare. 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 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 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.

SEZIONE C PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

1 - Premio a carico dell'Amministrazione

.....

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.

L'Amministrazione provvederà a raccogliere le adesioni di tali soggetti e ad inviarle alla Società prima della stipula del contratto.

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.**

3 - Inclusioni

Le inclusioni di dipendenti, e loro familiari, in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni.

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.

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 D DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA
--

L'assicurazione ha una durata di anni tre (3), 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.

.....

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.

La Società **può proporre**, con decorrenza dal terzo anno, le modifiche alle garanzie del contratto qualora il rapporto fra i sinistri pagati e riservati ed i premi di competenza relativi a due annualità risulta superiore a 0,75.

L'Amministrazione conserva la facoltà di non accettare le nuove condizioni proposte e la Società potrà recedere dal contratto.

SEZIONE E CONDIZIONI ULTERIORI DEI SERVIZI ASSICURATIVI
--

1 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

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