



Agenzia Italiana del Farmaco

AIFA

**GARA D'APPALTO PER LA STIPULA
DI POLIZZA ASSICURATIVA
PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE**

CAPITOLATO SPECIALE

CAPITOLATO POLIZZA DI ASSICURAZIONE PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE

Il presente contratto è stipulato tra l'**AIFA – Agenzia Italiana del Farmaco** (Contraente) e la Società _____ a favore del personale dipendente della Contraente.

I dati anagrafici degli Assicurati alla decorrenza del contratto risultano da un supporto informatico fornito alla Società dalla Contraente, che costituisce parte integrante del contratto.

Il premio per le annualità successive a partire dal ___/04/2009 sarà determinato sulla base dell'effettivo numero degli assicurati alla scadenza della annualità assicurativa precedente.

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

- **Società:** l'impresa assicuratrice;
- **Contraente:** il soggetto che stipula il contratto di assicurazione nell'interesse proprio o di altre persone;
- **Assicurato:** i soggetti il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
- **Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- **Indennizzo o indennità:** la somma dovuta dalla Società in caso di danno conseguente ad un sinistro;
- **Istituto di Cura:** ogni struttura sanitaria, pubblica o privata, regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le residenze sanitarie assistenziali, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;
- **Istituto di Cura convenzionato:** ogni struttura sanitaria – come sopra definita – rientrante nel circuito _____
- **Équipe operatoria:** il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento;
- **Ricovero:** la degenza comportante pernottamento nell'Istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;
- **Day hospital:** il ricovero in Istituto di Cura che non comporta pernottamento;
- **Intervento chirurgico:** la tecnica terapeutica mediante uso di strumenti chirurgici, nonché la diatermocoagulazione, la crioterapia, la laser terapia;
- **Grande intervento chirurgico:** ogni intervento chirurgico identificato come tale nell'apposito elenco riportato nel contratto;
- **Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
- **Infortunio:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;
-
- **Scoperto:** la percentuale di danno prestabilita che in caso di sinistro l'Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Compagnia non riconosce l'indennizzo;

- **Franchigia:** la somma prestabilita che in caso di sinistro l'Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Compagnia non riconosce l'indennizzo;
- **Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia;

NORME COMUNI

Decorrenza e durata dell'assicurazione

La durata di questa assicurazione è di 36 mesi a partire dalle ore 24.00 del ___/04/2009 fino alle ore 24.00 del ___/04/2012. Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi 2 mesi prima della suddetta scadenza.

Proroga rinnovo dell'assicurazione

Ammessa con espresso riferimento alla normativa vigente per le Pubbliche Amministrazioni – D.Lgs. n. 163\2006 per un periodo di 24 mesi decorrente dalla data di scadenza triennale della polizza.

Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società.

A parziale deroga dell'art. 1901 del C.C. le garanzie saranno valide anche se il premio sarà corrisposto entro 30 (trenta) giorni successivi alla data di decorrenza della suddetta polizza.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30' giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

I premi, per i nuovi ingressi successivi al primo giorno di ogni annualità, dovuti in base alle norme previste dal presente contratto, verranno liquidati con emissione da parte della Società, alla fine di ogni anno, di apposite appendici di regolazione, appendici che la Contraente si impegna a pagare entro trenta giorni dalla data di emissione, sulla base delle inclusioni avvenute nel corso dell'anno:

- per inclusioni avvenute nel primo semestre dell'anno, le stesse comporteranno la corresponsione dell'intero premio annuo;
- per inclusioni avvenute nel secondo semestre dell'anno, le stesse comporteranno la corresponsione del 60% del premio annuo.

Eventuali esclusioni non daranno luogo a rimborso del premio che si considera pertanto acquisito dalla Società. In ogni caso la garanzia sarà operante fino alla prima scadenza annua dell'assicurazione, dopo la cessazione a qualsiasi titolo del rapporto di lavoro.

Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti contrattuali.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Oneri

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, all'assicurazione ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Rinvio alla legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.

DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.; al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto, l'assicurazione nei loro confronti viene a cessare indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato.

Limiti di età – Permanenza in assicurazione

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni. Per quelle che superano tale limite di età l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del premio salvo che non sia frattanto intervenuto patto speciale.

Per le persone che risultino assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con il Contraente, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con il Contraente stesso; allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale.

Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
- gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
- gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;
- le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);
- le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;
- le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quelli a scopo ricostruttivo resi necessari da infortunio o malattia;
- le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi pre protesici e di implantologia;
- le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, croniciari o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.

Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa;
- acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti.

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Criteri di liquidazione

La Società effettua il rimborso delle spese, a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione degli originali delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Per la corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero.

Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono esser raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Documentazione fiscale – Rimborso da enti

Qualora l'Assicurato abbia presentato o debba presentare ad Enti assistenziali l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti enti.

La Società restituisce all'Assicurato le notule, distinte, fatture e ricevute relative ai pagamenti effettuati.

Somme assicurate – scoperto e franchigia

Il rimborso delle spese indennizzabili a termini di contratto avviene per ogni garanzia fino a concorrenza della relativa somma assicurata. Tale somma deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato in polizza.

Il rimborso delle spese avviene per ciascuna garanzia previa eventuale applicazione dello scoperto e della franchigia indicati.

Qualora siano operanti sia la franchigia che lo scoperto, in caso di sinistro la Società indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.

L'applicazione degli scoperti e delle franchigie si intende riferita all'ammontare delle spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato e indennizzabili a termini di contratto.

Rete convenzionata

La Società fornisce un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati nei quali gli Assicurati possono ricoverarsi con costi sostenuti direttamente dalla Società, ad eccezione delle franchigie di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa.

GARANZIE

Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

La Società, per le malattie e gli infortuni verificatisi nell'anno assicurativo, rimborsa le spese sostenute:

A) in caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio per:

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza fino al limite giornaliero di € 300;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei **90** giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **120** giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 100,00 e con un massimo di giorni 30 per annualità assicurativa;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), col massimo di € 2.000 per intervento o ricovero.

- In caso di parto con taglio cesareo, la Società rimborsa le spese sopra indicate fino a concorrenza del limite di € 7.500 per annualità assicurativa.
- In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di € 1.600.

B) in caso di ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico per :

- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei **90** giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- rette di degenza fino al limite giornaliero di € 200;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);
- effettuati nei **120** giorni successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 1.100 per ricovero.

C) in caso di ricovero per parto senza taglio cesareo, fino a concorrenza del limite di € 2.600 per annualità assicurativa, per:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- le rette di degenza fino al limite giornaliero di € 150.

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Massimale:

la garanzia di cui al presente articolo è prestata fino a concorrenza della somma di € _____,00 [somma oggetto di quotazione con minimo previsto di € 100.000/00], da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona (somma assicurata che viene raddoppiata in caso di grande intervento chirurgico).

Il rimborso delle spese avviene previa applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 1.000 (ridotto ad € 500,00 in caso di intervento ambulatoriale e Day Hospital) ed il massimo di € 2.500 per ricovero o intervento. Lo scoperto, i relativi minimo e massimo e la limitazione sulla spesa per la retta di degenza non si applicano in caso di convenzionamento diretto della struttura sanitaria e dell'équipe medica.

Trasformabilità della prestazione:

Indennità sostitutiva

Qualora il ricovero o la degenza in regime di Day hospital avvenga in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale - esclusi eventuali ticket - la Società corrisponderà una indennità sostitutiva di € 150,00:

- integralmente per ogni giorno (pernottamento) in istituto di cura;
- al 50 % nel caso di Day Hospital.

Le eventuali spese collegate al ricovero o all'intervento elencate saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di contratto.

L'indennità viene corrisposta fino ad un massimo di 150 giorni per annualità assicurativa.

La presente garanzia non è operante in caso di ricovero per parto non cesareo.

Anticipo

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richiede il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assicurato domandare anticipatamente – entro il limite dell'80% della somma assicurata – il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sulla risarcibilità a termini di contratto delle spese di ricovero;
- sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito ed il presunto ammontare delle spese sanitarie.

Rimborso spese extraricovero – alta diagnostica

La Società rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione, anche se non collegate a ricovero, fino a concorrenza della somma assicurata di € 5.500 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona/nucleo:

Doppler, Ecocardiografia, Laserterapia, scintigrafia, Holter, Coronarografia, Amniocentesi, angiografia, Endoscopia, Arteriografia, Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Urografia, Agopuntura (purché effettuata da medico), Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), Cistografia, Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC), Elettromiografia, Isterosalpingografia, Tomografia ad emissione di positroni (PET), Esame Urodinamico completo. Si intendono altresì comprese le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici fino a concorrenza dell'importo di € 1.100.

Il rimborso delle spese viene effettuato previa applicazione di uno scoperto del 20% per ogni prestazione.

Lo scoperto non si applica in caso di convenzionamento diretto della struttura sanitaria e dell'èquipe medica.

Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le su indicate prestazioni.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica.

Le prestazioni **specialistiche di alta diagnostica**, di cui al presente punto sono prestate in assenza di ricovero; pertanto nel caso in cui una o più prestazioni vengano effettuate in regime di ricovero, come da punto A e B)

GARANZIE, le spese per dette prestazioni verranno considerate nell'ambito della garanzia ricovero di cui al citato punto.

Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio

La Società rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per:

- onorari dei medici per visite specialistiche (escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche) intendendosi per tali quelle effettuate da medico fornito di regolare specializzazione;
- analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati.

La presente garanzia è operante fino a concorrenza della somma di € 1.000 da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona/nucleo.

Il rimborso viene effettuato previa applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 25% delle spese effettivamente sostenute e documentate.

Scoperto e minimo di scoperto non vengono applicati nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le su indicate prestazioni.

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

Cure oncologiche

La Società rimborsa inoltre, fino a concorrenza della somma assicurata di € 5.000, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa per persona, le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica.

Aumento somma assicurata per Grandi Interventi Chirurgici

In caso di ricovero che abbia comportato Grande Intervento Chirurgico, intendendosi per tale quello risultante dall'elenco di seguito riportato, la somma assicurata per la garanzia "Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche" deve intendersi raddoppiata.

Elenco Grandi Interventi Chirurgici

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Interventi con esofagoplastica
- Gastroectomia totale
- Gastroectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica
- Colectomia totale
- Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
- Operazione per megacolon
- Proctocolectomia totale
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla di Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Tumori della trachea
- Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati
 - * Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
 - * Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
 - * Correzione impianto anomalo coronarie
 - * Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
 - * Correzione canale atrioventricolare completo
 - * Finestra aorto-polmonare

* **Correzione di:**

- ventricolo unico
- ventricolo destro a doppia uscita
- truncus arteriosus
- coartazioni aortiche di tipo fetale
- coartazioni aortiche multiple o molto estese
- stenosi aortiche infundibulari
- stenosi aortiche sopravalvolari
- trilogia di Fallot
- tetralogia di Fallot
- atresia della tricuspide
- pervietà interventricolare ipertesa
- pervietà interventricolare con "debanding"
- pervietà interventricolare con insufficienza aortica

* **Sostituzioni valvolari multiple**

* **By-pass aortocoronarici multipli**

* **Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico**

* **Aneurismi aorta toracica**

* **Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio**

* **Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto**

* **Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti**

* **Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici**

* **Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale**

Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale

Asportazione tumori dell'orbita

Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.)

Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)

Emisferectomia

Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore

Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto

Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo

Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari

Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)

Interventi per traumi vertebro midollari con stabilizzazione chirurgica

Somatotomia vertebrale

Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica

Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale

Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale

Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale

Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson

Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
Resezioni del sacro
Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
Disarticolazione interscapolo toracica
Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec; Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
Resezione artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"
Emipelvectomia
Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
Vertebrotomia
Discoctomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
Uncoforaminotomia
Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
Artrodesi per via anteriore
Interventi per via posteriore con impianti
Interventi per via anteriore senza e con impianti
ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto)
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
Ileo bladder
Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
Intervento radicale per carcinoma ovarico
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
Trapianti

Circuito convenzionato

La Compagnia mette a disposizione dell'Assicurato un servizio di assistenza riconosciuto a livello mondiale realizzato attraverso una specifica convenzione per ricoveri da effettuarsi in Istituti di Cura convenzionati.

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi degli Istituti di Cura e dei medici convenzionati, assumendosi ogni responsabilità connessa a tale decisione, è sollevato – fatto salvo per l'eventuale importo previsto in polizza come franchigia a suo carico – da qualsiasi anticipo o pagamento diretto delle spese descritte ai punti precedenti per prestazioni ricevute, sempre che indennizzabili a termini di polizza.

Qualora il circuito non abbia nessun convenzionamento nella provincia per il territorio italiano, nella regione per l'Europa, nello Stato per il resto del mondo, il rimborso verrà effettuato in forma indiretta senza l'applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia e la Compagnia si impegna ad anticipare all'Assicurato che ne faccia richiesta e quindi all'Istituto di Cura, le spese documentate entro il limite del 50% della somma occorrente entro 7 (sette) giorni lavorativi.

Per ricoveri di emergenza (conseguenti cioè ad infortunio o malore improvviso dell'Assicurato) la Compagnia rimborserà integralmente le spese sostenute senza applicazione di scoperto e/o franchigia qualora il ricovero avvenga presso un Istituto di Cura non convenzionato.

Nel caso in cui l'Assicurato utilizzi medici non convenzionati con pur presso una struttura convenzionata, paga direttamente la struttura sanitaria mentre l'Assicurato deve provvedere al pagamento degli onorari medici. ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede al rimborso delle spese sostenute previa deduzione dello scoperto del 15% per ogni sinistro con il minimo di € 1.000 e nel limite massimo di € 2.500,00.

CLAUSOLE SPECIALI - Regolazione del premio

Il premio annuo, comprensivo di imposta, per ogni unità assicurata (persona) viene stabilito nella misura di € _____; il Contraente al perfezionamento dell'assicurazione si impegna pertanto a pagare il premio sulla base del numero di unità assicurate di **210** (*salvo variazioni da comunicarsi all'atto dell'aggiudicazione*).

Per la regolazione del premio resta inteso che se l'inserimento in garanzia è avvenuto nel corso del primo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione dell'intero premio annuo per unità; se invece l'inserimento in garanzia è avvenuto nel secondo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione del 60% del premio annuo per unità.

A seguito di tali comunicazioni la Società notificherà al Contraente gli importi dovuti che dovranno essere pagati entro 30 giorni dalla notifica stessa.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti il premio da anticipare in via provvisoria per la nuova annualità sarà pari a quanto anticipato per l'annualità trascorsa e sarà considerato in conto od a garanzia di quello relativo all'annualità per la quale non sono stati adempiuti gli obblighi contrattuali. Di conseguenza la Società si riserva il diritto di sospendere il pagamento dei sinistri pendenti fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli eventi accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie ed in particolare ad esibire i libri paga.

Clausola Broker

Ad ogni effetto di legge le parti contraenti riconoscono alla ASSIGECO S.r.l., specificamente incaricata dalla Contraente, quale broker, alla conclusione della relativa polizza ed alla assistenza e consulenza nella esecuzione e gestione delle conseguenti obbligazioni contrattuali per tutto il tempo della durata, inclusioni proroghe, rinnovi e sostituzioni.

In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente che l'opera del broker verrà remunerata, in conformità agli usi del mercato nazionale ed internazionale, confermati dalla giurisprudenza, dalle Compagnie di Assicurazioni con le quali viene stipulato il presente contratto, secondo l'aliquota percentuale del 14,50 % sui premi imponibili.

ALLEGATO 1 AL CAPITOLATO SPECIALE

SCHEMA TECNICA INFORMATIVA

A. Dati su popolazione dipendente da assicurare

numero totale dipendenti	210
numero dipendenti donne	139
numero dipendenti maschi	71
età media personale	43
Numero orientativo nuclei familiari	70
media num. figli/nucleo familiare	2

B. Report Sinistri precedente annualità assicurata

Modulo Sinistro	Rete		Fuori rete		SSN		Totale	
	Num. Sin.	Costo	Num.Sin.	Costo	Num. Sin.	Costo	Num. Sin.	
RICOVERO	2		4				6	
INT. AMBULATORIALE			2				2	
INDENNITA` SOSTITUTIVA					2		2	
PREVENZIONE	17						17	
VISITE E ACCERTAMENTI	295		109		31		435	
ODONTOIATRIA			5				5	
	314		120		33		467	