



Capitolato Speciale d'Appalto

Polizza assicurativa sanitaria a favore dei dipendenti e degli iscritti alla CNPR

Codice CIG 8381988B4E

SCOPO DEL DOCUMENTO

Il presente Capitolato Speciale d'Appalto descrive e regola la stipula di una Polizza assicurativa sanitaria (la "**Polizza base**") relativa ai Grandi interventi Chirurgici (GIC), ai Gravi eventi morbosi (GEM), all'assistenza socio sanitaria Long Term Care – LTC e alle altre prestazioni indicate nel presente Capitolato Speciale d'Appalto, a favore degli Assicurati, come definiti nell'articolo 3 del presente Capitolato Speciale d'Appalto della "Associazione Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza Ragionieri e Periti Commerciali" (di seguito denominata **Cnpr o Associazione**), con sede in Via Pinciana n. 35 – 00198 – ROMA

DEFINIZIONI

Aggiudicatario o Compagnia	Il Concorrente primo classificato nella graduatoria di valutazione delle Offerte ratificata dalla Stazione Appaltante
Appalto	Il contratto oggetto della presente Gara
Assicurato/i	La/e persona/e fisica/he beneficiaria/e delle prestazioni contemplate dalla copertura
Assicurazione	Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente
Assistenza Diretta	Le prestazioni assicurative della Polizza in caso di Ricovero presso Istituti di Cura Convenzionati
Assistenza Infermieristica	L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma
Bando di Gara	Il documento pubblicato sulla Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea che fornisce le informazioni necessarie alla preparazione e presentazione dei Documenti di Gara, nonché i criteri di aggiudicazione
Capitolato Speciale d'Appalto	Questo documento, che contiene le condizioni generali del contratto che sarà stipulato fra la Stazione Appaltante e l'Aggiudicatario
Contraente o Stazione Appaltante	L'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali (in seguito anche " Associazione " o " Cnpr ")
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
Dipendente/i	Il/I dipendente/i della Cnpr
Disciplinare di Gara	Il documento che fornisce ai Concorrenti le informazioni necessarie alla preparazione e presentazione dei Documenti di Gara, nonché i criteri di aggiudicazione
Documenti di Gara	I seguenti documenti: Bando di Gara, Disciplinare, Capitolato Speciale d'Appalto e loro allegati, che, nel loro insieme, forniscono ai Concorrenti i criteri di ammissione alla Gara, nonché tutte le informazioni necessarie alla presentazione della Documentazione Amministrativa, dell'Offerta Tecnica e dell'Offerta Economica, nonché i criteri di aggiudicazione. I Documenti di Gara sono parte integrante del rapporto contrattuale

Franchigia/e o Scoperto/i	L'importo delle spese sostenute, se indennizzabili a norma di Polizza, che rimane a carico dell'Assicurato
Gara	La procedura con la quale la Stazione Appaltante individuerà il soggetto cui affidare l'Appalto
Grandi Interventi	Gli interventi elencati nell'Allegato 1 del presente Capitolato Speciale d'Appalto
Gravi Eventi Morbosi	Gli interventi elencati nell'Allegato 2 del presente Capitolato Speciale d'Appalto
Indennità Sostitutiva	L'importo giornaliero erogato dalla Compagnia per far fronte alle necessità legate al Ricovero a seguito di Malattia e/o Infortunio che viene riconosciuto in assenza di richiesta di rimborso delle spese per prestazioni effettuate durante il Ricovero o ad esso comunque connesse
Indennizzo	La somma dovuta in caso di Sinistro
Infortunio/i	Ogni evento dovuto a causa fortuita, che procuri lesioni corporali obiettivamente constatabili
Intervento Chirurgico	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, che richieda la sala operatoria
Iscritto/Iscritti	Lo/Gli iscritto/i alla Cnpr ai sensi dell'articolo 5 dello Statuto della Cnpr.
Istituto/i di Cura	Lo/Gli ospedale/i pubblico/i, la/e clinica/he e la/e casa/e di cura privata/e, con sede anche all'estero
Istituto/i di Cura Convenzionato/i	La/le struttura/e di cura convenzionata/e con la Compagnia alla/e quale/i l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in Polizza e previste dalle convenzioni stesse (in seguito anche " Istituto Convenzionato " e, al plurale " Istituti Convenzionati ")
Istituto/i di Cura Non convenzionato/i	La/le struttura/e di cura non convenzionata/e con la Compagnia e per la/e quale/i la Compagnia non prevede convenzioni specifiche (in seguito anche " Istituto Non Convenzionato " e, al plurale, " Istituti Non Convenzionati ")
Malattia/e	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio
Massimale	La somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun Nucleo Familiare, compreso l'Assicurato, per uno o più Sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo
Nucleo Familiare	Il coniuge, il convivente more uxorio e i figli risultanti dallo stato di famiglia dell'Assicurato
Offerta/e	L'insieme dei documenti necessari per la partecipazione alla Gara
Parti	L'Aggiudicatario e il Contraente, congiuntamente
Polizza	Il documento che prova l'Assicurazione
Premio	La somma dovuta alla Compagnia a corrispettivo dell'Assicurazione
Responsabile Unico del Servizio	L'interfaccia unica dell'Aggiudicatario nei confronti del Contraente. È una figura dotata di adeguate competenze professionali e di idoneo livello di responsabilità e potere decisionale per la gestione di tutti gli aspetti dell'Appalto
Ricovero/i	La/e degenza/e documentata/e da cartella clinica, comportante/i almeno un pernottamento in Istituto di Cura
Rischio	La probabilità che si verifichi il Sinistro oggetto dell'Assicurazione
Sinistro	Il verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione
Strutture Sanitarie Convenzionate	Gli Istituti di Cura, i poliambulatori, i centri specialistici con cui la Compagnia ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni
Strutture Sanitarie Non Convenzionate	Gli Istituti di Cura, i poliambulatori, i centri specialistici con cui la Compagnia non ha definito alcun accordo per il pagamento diretto delle prestazioni
Visita Specialistica	Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapia, cui tale specializzazione è destinata

SEZIONE I – NORME DI CARATTERE GENERALE

Articolo 1 -

Oggetto

1. Il contratto prevede la stipula di una polizza base (la “**Polizza Base**”) a favore degli Assicurati, come definiti nell’articolo 3 del presente Capitolato Speciale d’Appalto e con corrispettivo a carico della Cnpr.
2. La Compagnia si rende disponibile a stipulare, con la stessa decorrenza della Polizza Base:
 - a. una Polizza Base a favore dei pensionati Iscritti alla Cnpr, che al 1° gennaio di ciascun anno non hanno ancora compiuto l’85° anno di età, su loro eventuale e facoltativa richiesta e con costi a loro carico. La Cnpr erogherà un contributo a ciascun pensionato che si assicuri, nella misura del 50 (cinquanta) per cento dell’importo del premio annuale di cui al Disciplinare di Gara che sarà aggiudicato. Il contributo verrà corrisposto dalla Cnpr direttamente alla Compagnia con le modalità illustrate nel successivo articolo 20;
 - b. una Polizza Base a favore dei tirocinanti prescritti alla Cnpr, a loro richiesta e con costi a loro carico;
 - c. una Polizza Base a favore del Nucleo Familiare degli Assicurati, su loro eventuale e facoltativa richiesta e con costi a loro carico;con le medesime prestazioni previste dalla Polizza Base e con raccolta centralizzata delle adesioni da parte della Compagnia.
3. La Compagnia si rende altresì disponibile a stipulare con la stessa decorrenza della Polizza Base, una “Polizza assicurativa sanitaria integrativa” della Polizza Base a favore degli Assicurati, su loro eventuale e facoltativa richiesta, con raccolta centralizzata delle adesioni da parte della Compagnia, prevedendo altresì la facoltà di estendere tale copertura anche al Nucleo Familiare dell’Assicurato con costo complessivo a carico di quest’ultimo.
Tale copertura sarà anche stipulata, con costi a carico della Cnpr a favore dei dipendenti della stessa. L’eventuale estensione ai familiari sarà effettuata con costi a loro carico.
Le condizioni di tale copertura sono dettagliate all’allegato 3.

Articolo 2 -

Prestazioni assicurate dalla Polizza base

Le prestazioni oggetto della procedura di Gara sono quelle elencate nel presente articolo.

1. AREA RICOVERO

1.A) Grandi interventi chirurgici (GIC) e Gravi eventi morbosi (GEM): il rimborso delle spese sostenute dall’Assicurato nel caso di ricoveri in Istituti di Cura, pubblici o privati, per “Grandi interventi Chirurgici” o per “Gravi eventi morbosi” intendendosi per tali quelli contenuti negli appositi elenchi allegati 1 e 2. La garanzia è valida anche in caso di Day Hospital.

Massimale assicurato: il Massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie dell’Assicurazione non dovrà essere inferiore a euro 700.000,00 (settecentomila/00) per Assicurato o per Nucleo Familiare.

Intervento chirurgico: nell’intervento devono essere inclusi gli onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all’intervento risultante dal referto operatorio, i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

Assistenza medica, medicinali e cure: devono intendersi incluse tutte le prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di Ricovero e nel caso di Intervento Chirurgico anche i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Rette di degenza in Istituto di Cura Non Convenzionato: le spese sostenute nel caso di Ricovero in Istituto di Cura Non Convenzionato dovranno essere rimborsate nel limite di un importo giornaliero di euro 1.000,00 (mille/00).

Esami Visite ed accertamenti pre e post Ricovero: le prestazioni relative ai Grandi Interventi Chirurgici e ai Gravi Eventi Morbosi saranno completamente rimborsate nei 365 giorni precedenti e nei 365 giorni successivi al Ricovero, in deroga a quanto previsto all'articolo 2, comma 4, del presente Capitolato Speciale d'Appalto.

Spese ospedaliere in caso di trapianto: dovranno essere comprese anche le spese sanitarie relative al donatore durante il Ricovero.

Accompagnatore: dovrà essere previsto il rimborso della 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 la garanzia dovrà essere prestata nel limite di euro 1.500,00 (millecinquecento/00) per almeno 30 giorni per ciascun Ricovero.

Assistenza infermieristica privata individuale: dovrà essere previsto il rimborso delle spese giornaliere relative all'assistenza infermieristica privata individuale nel limite di euro 150,00 (centocinquanta/00) e fino a 30 (trenta) giorni.

Trasporto sanitario: dovrà essere previsto il rimborso delle spese di trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore per Ricovero nel limite di euro 3.000,00 (tremila/00).

Costi funerari e rimpatrio salma: dovrà essere previsto il rimborso delle spese sostenute per costi funerari e per rimpatrio della salma nel caso di decesso all'estero durante un Ricovero nel limite di euro 5.000,00 (cinquemila/00) per anno e per Nucleo Familiare.

1.B) Indennità sostitutiva

Indennità sostitutiva per Ricovero da Grande Intervento Chirurgico: nel caso in cui non venga presentata richiesta di rimborso per le spese inerenti il Ricovero per Grandi interventi chirurgici, dovrà essere corrisposta un'indennità per far fronte alle necessità legate al Ricovero a seguito della Malattia e/o dell'Infortunio, pari a euro 150,00 (centocinquanta/00) giornalieri per almeno 90 giorni per ogni Ricovero. La quota di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio sanitario nazionale (cd ticket) dovrà essere rimborsata al 100% (cento per cento).

Indennità sostitutiva per Ricoveri da Grave Evento Morboso e Ricoveri diversi: nel caso in cui non venga presentata richiesta di rimborso per le spese inerenti un Ricovero diverso da quelli elencati come Grandi Interventi Chirurgici, dovrà essere corrisposta un'indennità per far fronte alle necessità legate al Ricovero a seguito della Malattia e/o dell'Infortunio, pari a euro 80,00 (ottanta/00) giornalieri per 90 giorni per ogni Ricovero.

1.C) Ospedalizzazione domiciliare in caso di grande intervento chirurgico o grave evento morboso a seguito di malattia e infortunio: servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, per 120 giorni successivi alla data di dimissioni e con un massimale annuo di euro 10.000 per assicurato o nucleo familiare. Nel caso di ricorso a Strutture non Convenzionate, la Società applicherà uno scoperto del 20% per ogni sinistro.

2. **LONG TERM CARE (LTC)**: una prestazione monetaria qualora l'Assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza.

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e si trovi nell'impossibilità fisica e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita ("**activity day living**" o anche "**ADL**") riportati di seguito:

- soddisfare la propria igiene personale: capacità di lavarsi da solo in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale;
- nutrirsi: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile;
- spostarsi: capacità di muoversi da una stanza a un'altra all'interno della residenza abituale;
- vestirsi: capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali.

All'Assicurato in stato di non autosufficienza deve essere corrisposta una prestazione monetaria di euro 1.200,00 (milleduecento/00) mensili, per un periodo di 72 (settantadue) mesi.

L'importo mensile dovrà essere corrisposto in una delle seguenti forme, in relazione alla richiesta dell'Assicurato:

- assistenza di Struttura Sanitaria Convenzionata, alla quale la Compagnia provvederà a liquidare direttamente l'indennità mensile;
- rimborso delle spese sostenute direttamente dall'Assicurato per prestazioni sanitarie e/o assistenza sanitaria;
- corresponsione diretta all'Assicurato dell'indennità a copertura dei costi sostenuti per il personale dedicato all'assistenza e alla cura dell'Assicurato, che non necessita di specifica specializzazione.

Nel caso in cui ricorra lo stato di non autosufficienza, la garanzia, nelle modalità sopraindicate, rimane operante indipendentemente dalla data di scadenza del contratto, per il periodo di 72 mesi.

3. ALTA SPECIALIZZAZIONE

Prestazioni di alta specializzazione (con un Massimale annuo minimo per Assicurato di euro 10.000,00 (diecimila/00), con una franchigia di euro 20,00 (venti/00) nel caso di ricorso a Strutture Sanitarie Convenzionate; con una franchigia pari a euro 100,00 (cento/00), nel caso di ricorso a Strutture Sanitarie Non Convenzionate):

a) Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrasto grafici):

- angiografia
- artrografia
- broncografia
- cisternografia
- cistografia
- cistouretrografia
- clisma opaco
- colangiografia trans Kehr
- colangiografia percutanea (PTC)
- colangiografia intravenosa
- colecistografia
- dacriocistografia
- defecografia
- urografia
- vesciculodeferentografia
- videoangiografia
- wirsunggrafia
- fistolografia
- flebografia
- fluorangiografia
- galattografia
- isterosalpingografia
- linfografia
- mielografia
- retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx tubo digerente (stomaco, duodeno, tenue e colon) con mezzo di contrasto
- scialografia
- splenoportografia

b) Accertamenti:

- ecocardiografia
- elettroencefalografia
- mammografia o mammografia digitale
- elettromiografia
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia
- tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- tomografia a Emissione di Positroni (PET)
- antigene prostatico specifico (PSA)

c) Trattamenti terapeutici:

- laserterapia a scopo fisioterapico

4. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale. La Compagnia provvederà al pagamento della prestazione per un importo pari a euro 60,00 (sessanta/00);
- visita specialistica odontoiatrica.

5. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero (con un Massimale annuo minimo per Assicurato di euro 2.500,00 (duemilacinquecento/00), con uno scoperto massimo del 20% (venti per cento), nel caso di ricorso a Strutture Sanitarie Non Convenzionate), in deroga a quanto previsto all'articolo 18 del presente Capitolato Speciale d'Appalto:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

6. CURE ONCOLOGICHE

Cure Oncologiche (con un Massimale annuo minimo per Assicurato di euro 15.000,00 (diecimila/00), con una franchigia non superiore a euro 100,00 (cento/00) per ogni ciclo di terapia, nel caso di ricorso a Strutture Sanitarie Non Convenzionate):

- chemioterapia
- cobaltoterapia
- dialisi
- radioterapia

7. PREVENZIONE

la Compagnia provvede al pagamento delle prestazioni elencate di seguito di prevenzione, effettuabile in un'unica soluzione e solo presso Strutture Sanitarie Convenzionate e indicate dalla Centrale Operativa di cui al successivo articolo 16, comma 12, di questo Capitolato Speciale d'Appalto, previa prenotazione:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine; esame chimico, fisico e microscopico
- feci: ricerca del sangue occulto
- visita oculistica (controllo visus)
- visita ortopedica (controllo cervico – sacrale)
- PSA (uomo)
- Ecografia addome (uomo)
- Visita cardiologica con ECG da sforzo (uomo)
- Ecodoppler arti inferiori (donna)
- Ecografia transvaginale e pap test (donna)
- Mammografia o ecografia mammaria (donna)

8 . INDENNITA' PER GRAVE INVALIDITA' DA INFORTUNIO E DA MALATTIA

La Compagnia dovrà corrispondere un Indennizzo di euro 25.000,00 (venticinque/00) in caso di Infortunio o di Malattia che comporti la riduzione della capacità all'esercizio della professione in modo continuativo e permanente a meno di un terzo, accertata da una struttura pubblica, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio o della Malattia che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti alla decorrenza del contratto.

9 . CRITICAL ILLNESS

La Società riconoscerà un'indennità di € 5.000 a seguito di diagnosi, successiva alla decorrenza della polizza, di una delle seguenti patologie:

- Trapianto di organi e tessuti
 - Perdita della vista
 - Angioplastica coronarica
- Insufficienza renale cronica severa con trattamento dialitico

10 . PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

Prevenzione della sindrome metabolica: prestazioni effettuate in un'unica soluzione e prenotate attraverso la centrale operativa.

11 . CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Compagnia dovrà, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, liquidare le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio, fino al limite di euro 700,00 per assicurato o nucleo familiare, con uno scoperto del 15% (quindici/00) nel caso di ricorso a Strutture Sanitarie Convenzionate, o con uno scoperto del 20%, con un minimo non indennizzabile di euro 100 per fattura/persona nel caso di ricorso a Strutture Sanitarie NON Convenzionate.

12 . PACCHETTO MATERNITA'

La compagnia dovrà rimborsare le spese sostenute per ecografie, amniocentesi, analisi del sangue e visite ginecologiche per il monitoraggio della gravidanza fino ad un massimale che non potrà essere inferiore a euro 1.000 (mille/00).

Tali prestazioni dovranno essere effettuate solo tramite strutture convenzionate con la compagnia.

13 . FISIOTERAPIA DA INFORTUNIO

La Compagnia dovrà, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, liquidare le spese sostenute per prestazioni fisioterapiche, a seguito di infortunio, fino ad un massimale che non potrà essere inferiore a euro 300 per assicurato o nucleo familiare senza nessuno scoperto nel caso di ricorso a Strutture Sanitarie Convenzionate, o con uno scoperto del 25% nel caso di ricorso a Strutture Sanitarie NON Convenzionate.

14 . PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Per le prestazioni non previste dal piano sanitario o in caso di esaurimento della somma annua a disposizione per quelle previste, La Compagnia consentirà agli assistiti di accedere alle proprie strutture convenzionate, attivandosi per garantire tariffe agevolate e sconti sulle prestazioni rispetto ai tariffari normalmente previsti.

Articolo 3 -

Persone assicurate

1. L'Assicurazione è prestata, con costi a carico della Cnpr, a favore:
 - degli Iscritti non titolari di pensione di vecchiaia, di anzianità, anticipata e supplementare;
 - dei dipendenti della CNPR.

Sono esclusi dall'assicurazione gli Iscritti che al 1° gennaio di ciascun anno hanno già compiuto l'85° anno di età.

2. Il Contraente è esonerato dall'obbligo di presentare preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate, che provvederà a comunicare entro 30 giorni dalla stipula del contratto di Polizza.
3. Gli Iscritti alla Cnpr successivamente alla decorrenza della copertura assicurativa sono assicurati dalla decorrenza di iscrizione alla Cnpr, o dalla data di inizio del Periodo Annuo, come definito nel successivo articolo 19 di questo Capitolato Speciale d'Appalto, se successiva.
4. Gli Assicurati che si cancellano dalla Cnpr rimangono assicurati fino alla fine del Periodo Annuo in corso alla decorrenza di cancellazione.
5. Le modalità di comunicazione dei dati degli Assicurati saranno concordate dalle Parti in sede contrattuale.

Articolo 4 -

Estensione territoriale

1. Le garanzie valgono senza limiti territoriali.

Articolo 5 -

Durata

1. La durata del contratto è fissata in 36 (trentasei) mesi, a decorrere dalle ore 00.00 del 1° gennaio 2021.
2. La stazione appaltante si riserva la facoltà di rinnovare il contratto, alle medesime condizioni, per una durata massima pari a 12 (dodici) mesi. La stazione appaltante esercita tale facoltà comunicandola all'appaltatore mediante posta elettronica certificata almeno 6 mesi prima della scadenza del contratto originario, e l'aggiudicatario si impegna a dare riscontro entro 30 giorni dalla richiesta.
3. La Stazione appaltante si riserva la facoltà di prorogare la durata del contratto ai sensi dell'art. 106 comma 11 del Codice agli stessi prezzi, patti e condizioni (o più favorevoli per l'Amministrazione) con il massimo 12 (dodici) mesi, per garantire la continuità della prestazione per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione di un nuovo appaltatore.
4. La Compagnia darà efficacia alle coperture assicurative oggetto della presente Procedura a decorrere dalle ore 00.00 del 1° gennaio 2021.

Articolo 6 -

Periodo di carenza

1. Nessun periodo di carenza vige ai fini della piena operatività della presente garanzia.

Articolo 7 -

Forma delle comunicazioni

1. Tutte le comunicazioni devono essere fatte per iscritto con lettera raccomandata, fax o posta elettronica certificata.

Articolo 8 -

Clausola risolutiva espressa

1. Salva l'azione per il risarcimento dei maggiori danni, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 del codice civile, il contratto d'Appalto potrà essere risolto dalla Cnpr nei seguenti casi:
 - subappalto o cessione di tutto o di parte del contratto;
 - dopo tre gravi inadempienze, contestate tramite raccomandata A.R., in ordine alla corretta e regolare esecuzione del servizio;
 - violazione dell'obbligo di riservatezza.L'Assicuratore in deroga all'articolo 1898 del C.C., rinuncia alla facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza del presente contratto.

Articolo 9 -

Interpretazione del contratto

1. Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato e/o al Contraente su quanto contemplato da tutte le condizioni di Polizza.

Articolo 10 -

Definizione delle controversie

1. Eventuali controversie sulla interpretazione delle clausole contrattuali, fermo restando quanto previsto dal precedente articolo 9, sono rimesse alla risoluzione per via amministrativa ad opera di apposita Commissione Paritetica Permanente composta da 4 membri, designati due dalla Cnpr e due dall'Aggiudicatario.

Articolo 11 -

Oneri fiscali

1. Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Articolo 12 -

Spese contrattuali

1. Sono a carico dell'Aggiudicatario tutte le eventuali spese relative e conseguenti il contratto, nonché quelle di bollo, di copia, di registrazione fiscale e di ogni altro onere nascente, presente e futuro, con esclusione degli oneri fiscali di cui all'articolo 11.

Articolo 13 -

Altre assicurazioni

1. Non è previsto alcun obbligo di comunicazione relativamente all'esistenza di altre assicurazioni in essere per lo stesso Rischio.

Articolo 14 -

Rinvio alle norme di legge

1. Per tutto quanto non espressamente regolamentato, valgono le norme di legge.

Articolo 15 -

Prevalenza

1. Tutte le condizioni generali, speciali ed aggiuntive dello stampato di Polizza incompatibili con le previsioni dei Documenti di Gara si intendono nulle.

Articolo 16 -

Condizioni particolari

1. Servizi di consulenza: la Compagnia dovrà provvedere a fornire i seguenti servizi di consulenza telefonica tramite una Centrale Operativa (la "**Centrale Operativa**"):
 - a) Informazioni sanitarie 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 garantite dal piano nella forma di Assistenza Diretta nelle Strutture Sanitarie Convenzionate.
 - c) Pareri medici immediati qualora, in conseguenza di Infortunio o di Malattia, l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico.
 - d) Videoconsulto: Il servizio di video consulto medico garantisce un confronto diretto con lo specialista in tutti i casi in cui non sia necessario un contatto fisico, ad esempio per condividere i risultati di esami o referti, avere risposte a dubbi e domande sulle terapie, dialogare con il medico per eventuali approfondimenti, scambiarsi documenti. chiamando il numero verde la Centrale Operativa effettuerà la prenotazione verificando la disponibilità di uno specialista nel giorno e nell'orario richiesti. Attraverso un link ricevuto via mail, l'Isritto potrà accedere al servizio con il proprio computer o tramite device mobile, smartphone e tablet e al termine del consulto potrà anche ricevere dallo specialista la certificazione necessaria per l'acquisto dei farmaci.
2. Responsabile Unico del Servizio: la Compagnia dovrà nominare e comunicare al Contraente il Responsabile Unico del Servizio.
3. Report: la Compagnia dovrà fornire al Contraente, su richiesta, un report "Gestione delle chiamate della Centrale Operativa" che dovrà riportare l'elenco delle chiamate suddivise almeno nelle seguenti tipologie:
 - a) richieste di chiarimenti e di informazioni;
 - b) prenotazione di prestazioni sanitarie;
 - c) pareri medici;
 - d) solleciti;
 - e) reclami.

Articolo 17 -

Esclusioni

1. L'Assicurazione non è operante per:
 - a) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
 - b) la cura delle Malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
 - c) le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto espressamente indicato tra le prestazioni;
 - d) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Infortunio da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
 - e) 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;
 - f) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
 - g) 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;
 - h) gli Infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
 - i) 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;
 - j) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
 - k) le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Articolo 18 - Determinazione e pagamento del premio

1. Il Premio complessivo annuo viene corrisposto anticipatamente a titolo di acconto (l'"**Acconto**") per ogni periodo di 12 (dodici) mesi (il "**Periodo Annuo**"), il primo dei quali decorre dal 1° gennaio 2021.
2. L'Acconto, per ciascun Periodo Annuo, viene determinato moltiplicando il Premio individuale annuo di aggiudicazione per il numero di Assicurati all'inizio del Periodo Annuo, il cui costo è a carico della Stazione Appaltante.
3. Al termine di ciascun Periodo Annuo viene determinato il numero di Assicurati:
 - a) che hanno goduto della copertura assicurativa e non erano stati computati nella determinazione dell'Acconto;
 - b) che si sono cancellati dalla Cnpr con decorrenza anteriore all'inizio del Periodo Annuo.
4. Il Premio dovuto in via definitiva per il Periodo Annuo terminato, viene calcolato moltiplicando il Premio individuale annuo di aggiudicazione per il numero di Assicurati all'inizio del Periodo Annuo il cui costo è a carico della Stazione Appaltante, aumentato del numero di Assicurati di cui al comma 3, lettera a), di questo articolo, e diminuito del numero di Assicurati di cui al comma 3, lettera b), di questo articolo.
5. L'eventuale differenza fra il Premio determinato ai sensi del comma 4 di questo articolo e l'Acconto viene corrisposto dalla Cnpr alla Compagnia, se positiva; viene rimborsata alla Cnpr dalla Compagnia, se negativa.

Articolo 19 - Contributo a carico della Cnpr per i pensionati assicurati

6. Il contributo della Cnpr di cui all'articolo 1, comma 2, lettera a), verrà corrisposto dalla Cnpr alla Compagnia per ciascun Periodo Annuo, sulla base dell'elenco analitico, fornito dalla Compagnia, dei pensionati che si sono assicurati Periodo Annuo, entro 30 giorni dalla ricezione dell'elenco.
7. I pensionati di cui all'articolo 1, comma 2, lettera a), che si assicurano, corrisponderanno alla Compagnia il premio annuo da loro dovuto al netto del contributo della Cnpr.

**Articolo 20 -
Modifica delle condizioni di assicurazione**

1. Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dal presente capitolato potrà essere introdotta e/o imposta dalla Assicuratore fatte salve le variazioni consentite e disciplinate dal Codice dei Contratti Pubblici.

**Articolo 21 -
Anticipi**

1. Nel caso di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il versamento di un anticipo all'atto dell'ammissione, il titolare di polizza o - in caso di sua incapacità, anche temporanea - un proprio familiare, potrà richiedere a detto titolo all'Assicuratore una somma massima pari al 65% dell'intera spesa preventivata dall'istituto di cura, purché nei limiti dell'65% della somma massima indennizzabile. Detta richiesta dovrà essere corredata da preventivo scritto da parte della struttura in cui avverrà il ricovero, con indicazione della prestazione sanitaria prevista e del relativo costo.

In ogni caso l'assicurato è tenuto a trasmettere all'Assicuratore le relative fatture comprovanti l'effettiva spesa sostenuta.

**Articolo 22 -
Clausola di partecipazione agli utili**

1. Tale clausola è operante solo per la Polizza Base di cui all'articolo 1, comma 1. Pertanto né i premi, né i sinistri relativi alle polizze base di cui all'articolo 1, comma 2 e alle polizze integrative di cui all'articolo 1, comma 3, interverranno nel calcolo della partecipazione agli utili.

Ogni anno, entro 6 (sei) mesi dalla fine del Periodo Annuo, la Compagnia dovrà calcolare l'importo dell'eventuale partecipazione agli utili da erogare alla Cnpr. Tale calcolo sarà effettuato come segue:

- **ATTIVO:** il 70% dei premi netti pagati dalla Cnpr ai sensi dell'articolo 1, comma 1, nel Periodo Annuo;
- **PASSIVO:** i sinistri erogati e riservati dalla compagnia nel Periodo Annuo.

Qualora il rapporto tra PASSIVO e ATTIVO sia inferiore al 100%, la Compagnia dovrà retrocedere alla Cnpr il 35% degli utili.

L'importo da retrocedere alla Cnpr a titolo di partecipazione agli utili diminuisce l'importo del pagamento, immediatamente successivo dovuto dalla Cnpr alla Compagnia a titolo di Acconto o di Premio. L'eventuale importo finale a saldo a favore della Cnpr viene rimborsato alla Cnpr dalla Compagnia.

**Articolo 23 -
Garanzie Accessorie**

Garanzie accessorie (valide per tutti gli Assicurati).

Servizi di informazione

L'Assicuratore mette a disposizione una struttura dedicata tramite la quale è possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata, richiedere informazioni relative agli istituti e ai medici convenzionati ed ottenere chiarimenti sulla portata delle garanzie di polizza.

Per la prestazione dei servizi di cui sopra, l'Assicuratore metterà a disposizione un numero verde dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00.

Prestazioni di assistenza

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti attraverso la Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde. Detti servizi vengono forniti con la massima celerità e comunque entro le 24

ore dal ricevimento della richiesta.

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 per evento.

All'estero

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 Centrale Operativa, 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.

Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato, successivamente ad una consulenza medica, necessiti di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo dove si trovi l'assicurato, al quale l'Assicurato potrà eventualmente rivolgersi, provvedendo direttamente al pagamento della prestazione (il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato).

Informazioni sulla degenza

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di infortunio o di malattia, fosse ricoverato presso un Ospedale, i medici della Centrale Operativa provvederanno a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dell'assicurato, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

Trasmissione messaggio urgenti

Qualora l'Assicurato in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi.

Attività di supporto ed assistenza - obblighi dell'Assicuratore

1. L'Assicuratore si impegna ad intrattenere tutte le comunicazioni e la corrispondenza esclusivamente in lingua italiana. Essa si obbliga a fornire supporto e assistenza agli assicurati su tutte le informazioni inerenti:
 - le condizioni di assicurazione;
 - le modalità di accesso alla rete convenzionata;
 - lo stato dei sinistri;
 - i tempi di rimborso e ogni altra informazione necessaria ad agevolare la corretta e tempestiva erogazione del servizio.

Il precedente elenco è riportato a titolo esemplificativo e non esaustivo.

A tal fine l'Assicuratore dovrà fornire supporto agli assicurati nell'istruzione delle pratiche attraverso:

- un call center dedicato composto da almeno 10 operatori e caratterizzato dalla costante presenza di almeno tre medici, mettendo a disposizione un numero telefonico gratuito (numero verde) per le chiamate sia dall'Italia ed un numero dedicato per le chiamate dall'estero;
- una Centrale operativa che, entro 8 (otto) ore lavorative dalla richiesta, dovrà fornire all'assicurato l'assistenza descritta all'art. 3.1 lettera a) del presente Capitolato Tecnico.

2. Entro 30 giorni solari dalla data di stipula del presente contratto, l'Assicuratore si obbliga, a proprie spese, a stampare una *Guida all'assistenza sanitaria*

La *Guida* dovrà illustrare le modalità di utilizzo delle coperture assicurative alle condizioni previste dal presente Capitolato. Tale documento dovrà contenere, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- sintesi delle condizioni di assicurazione, specificando massimali e limiti di rimborso;
- indicazione dei tempi di rimborso;
- modalità di istruzione delle pratiche di rimborso (allegando il modulo predisposto per la richiesta di rimborso e/o eventuali modelli per la richiesta delle prestazioni);
- indicazione dei numeri telefonici e di fax gratuiti dedicati alle attività della Centrale operativa e ogni altra indicazione volta ad informare gli assicurati sulle condizioni e le modalità di erogazione del servizio.

In caso di integrazione e/o modifica della copertura intervenuta nel periodo contrattuale ai sensi del Codice dei Contratti Pubblici l'Assicuratore provvederà a proprie spese ad aggiornare *la Guida* mediante stampa di un opuscolo ad hoc.

La spedizione della Guida insieme con i predetti badge, dovrà avvenire, a cura dell'Assicuratore, entro 45 giorni solari dalla stipula della polizza e/o dell'intervenuta integrazione/modifica della stessa. Tutte le relative spese, postali comprese, sono interamente a carico di detto Assicuratore.

3. Entro 30 giorni solari dalla data di stipula dell'Assicurazione, l'Assicuratore dovrà provvedere, altresì a rendere disponibile sul proprio sito internet un apposito portale contenente l'elenco aggiornato dei centri e dei sanitari convenzionati suddivisi per specializzazione ed in stretto ordine alfabetico, nonché, la modulistica necessaria per attivare le richieste di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Il suddetto portale deve, inoltre prevedere un'area accessibile al titolare di polizza, con apposite e personali *password*, onde garantire allo stesso di visionare la propria situazione assicurativa completa e l'andamento del sinistro.

Il mancato rispetto anche di uno solo degli obblighi sopra indicati comporta inadempimento contrattuale.

Articolo 24 - Reportistica dei sinistri

1. Al termine di ogni trimestre entro i 15 giorni solari successivi, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire alla CNPR l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del piano sanitario, anche relativamente ai piani facoltativi. Tale elenco dovrà essere fornito in formato excel tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura) e dovrà riportare **per ciascun sinistro i dati riportati di seguito**:

- Tipologia di assicurato a cui è imputato il sinistro (iscritto, pensionato, dipendente CNPR, e nell'ambito di queste categorie specificare se trattasi di titolare o familiare e quale)
- il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- la data di accadimento dell'evento;

- la data della denuncia;
- la tipologia dell'evento, specificando se si tratta di Infortunio o Malattia;
- la tipologia di garanzia distinta per singola prestazione;
- la tipologia di rimborso (se rimborso diretto o indiretto);
- l'indicazione di età e sesso, provincia di anagrafica dell'assicurato;
- l'indicazione dello stato del sinistro (aperto, sospeso, liquidato, chiuso senza seguito)
- l'importo richiesto
- l'importo liquidato o messo a riserva
- la data di liquidazione
- la motivazione della sospensione (es. attesa documentazione integrativa)

a) Si fornisce tabella di riferimento sulla presentazione dei dati all'Allegato 4 del presente Capitolato

Inoltre, l'Assicuratore si impegna a fornire trimestralmente l'elenco completo dei sinistri respinti, corredato da relativa motivazione e data di chiusura; annualmente invece sarà tenuto a fornire il rapporto sinistri a premi riferito all'esercizio trascorso, sia in via aggregata che disaggregata.

2. Salvo quanto espressamente previsto al comma 1 del presente articolo ogni ulteriore informazione o dato richiesti dalla CNPR dovranno essere forniti secondo la tempistica e le modalità dalla stessa indicate.

Articolo 25 - Penali

1. Per ogni rimborso di cui agli articoli 2 e 16 del presente Capitolato Speciale d'Appalto effettuato oltre il numero di giorni aggiudicato in sede di Gara e di cui al criterio n. 7 del punto 8.2, sub 1, lettera A) del Disciplinare di Gara, si applica una penale dello 0,3 per mille (zero virgola tre per mille) del Premio dovuto per il Periodo Annuo.
2. La penale di cui al presente articolo non si applica quando il ritardo non è imputabile alla Compagnia.
3. La misura complessiva della penale non può superare il 10% (dieci per cento) dell'importo del Premio dovuto per il Periodo Annuo.

Grandi Interventi Chirurgici

Si stabilisce che ogni anno verrà convocata, se richiesto dalla Cnpr, una apposita Commissione Tecnica, composta da due membri nominati dalla Società e da due membri nominati dalla Contraente, per analizzare ed eventualmente valutare la modifica ed aggiornamento dell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici indennizzabili ai sensi della presente polizza, alla luce delle evoluzioni che possano essersi determinate nell'ambito sanitario.

A. **Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa la radiochirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive.**

Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in garanzia quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione.

B. **Interventi per trapianti:** tutti. Vengono compresi in aggiunta al Ricovero principale anche i Ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, inoltre, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di 180 giorni purché inerenti all'intervento effettuato.

C. **Interventi ortopedici** di impianto o sostituzione di artroprotesi di tutte le articolazioni (a titolo esemplificativo e non esaustivo anca, femore, caviglia, polso, ginocchio, gomito, spalla), ivi incluso il costo della protesi;

amputazione degli arti superiori e/o inferiori, ivi compresa la revisione di amputazione traumatica recente;

disarticolazione del ginocchio e amputazione al di sopra del ginocchio;

disarticolazione dell'anca;

amputazione addomino-pelvica;

reimpianto di arti staccati.

D. **Interventi di neurochirurgia per:**

- 1) craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
- 2) intervento per epilessia focale e callosotomia;
- 3) intervento per encefalomeningocele;
- 4) derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
- 5) intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
- 6) trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose;
- 7) endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
- 8) talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
- 9) cardiectomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
- 10) neurtomia retrogasseriana;
- 11) interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica;
- 12) interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, ecc.);
- 13) vagotomia per via toracica;
- 14) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 15) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 16) intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- 17) asportazione di tumori glomici timpano-giugulari;
- 18) asportazione di neurinoma acustico mediante craniotomia;
- 19) trapianto di nervo;
- 20) artrodesi vertebrale.

E. **Interventi di cardiocirurgia per:**

- 1) tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);

- 2) tutti gli interventi a cuore chiuso;
- 3) impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti;
- 4) Cardioplastica.

F. Interventi di chirurgia vascolare per:

- 1) aneurismi arteriosi o arterovenosi;
- 2) stenosi ad ostruzione arteriosa;
- 3) disostruzione by-pass aorta addominale;
- 4) trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
- 5) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 6) bypass aortocoronarico.

G. Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:

- 1) gravi e vaste mutilazioni del viso;
- 2) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 3) riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
- 4) anchilosi temporo-mandibolare
- 5) Laringectomia totale,
- 6) laringofaringectomia.

H. Interventi di chirurgia generale per:

- 1) diverticolosi esofagea;
- 2) occlusioni intestinali con o senza resezione;
- 3) gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
- 4) echinococcosi epatica e/o polmonare;
- 5) cisti pancreatiche, pseudocisti pancreatiche, fistole pancreatiche;
- 6) pancreatite acuta;
- 7) broncoscopia operativa;
- 8) resezione epatica;
- 9) epatico e coledocotomia;
- 10) interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- 11) interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia, colecistoenterostomia);
- 12) laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
- 13) interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago/esofagoplastica;
- 14) intervento per mega-esofago ed esofagite da reflusso;
- 15) resezione gastrica totale;
- 16) resezione gastro-digiunale e gastroectomia;
- 17) intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- 18) interventi di amputazione del retto-ano;
- 19) interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- 20) drenaggio di ascesso epatico;
- 21) interventi chirurgici per ipertensione portale;
- 22) interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- 23) papillotomia per via transduodenale;
- 24) intervento di asportazione della milza;
- 25) resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione;
- 26) interventi di asportazione per ernia ombelicale o epigastrica complicata o recidiva.

I. Interventi di chirurgia urogenitale per:

- 1) fistola vescico-rettale, vescico-intestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
- 2) intervento per estrofia della vescica;
- 3) metroplastica;
- 4) nefroureterectomia radicale;
- 5) surrenalectomia;
- 6) interventi di cistectomia totale;
- 7) interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- 8) cistoprostatovesicolectomia;
- 9) leocisto plastica;
- 10) colecisto plastica;
- 11) intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.

J. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- 1) odontocheratoprotesi;
- 2) timpanoplastica;
- 3) chirurgia endoauricolare della vertigine;
- 4) chirurgia translabyrinthica della vertigine;
- 5) trattamenti del glaucoma (trabeculectomia, iridocicloretraazione, ecc);
- 6) chirurgia della sordità otosclerotica;
- 7) Ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio (con esclusione di interventi di dinalità estetica
- 8) reimpianto orecchio amputato;
 - 9) ricostruzione orecchio medio
 - 10) incisione, asportazione, demolizione dell'orecchio interno
 - 11) Intervento per neurinoma dell'ottavo paio

K. Interventi di chirurgia toracica per:

- 1) pneumectomia totale o parziale;
- 2) lobectomia polmonare;
- 3) intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
- 4) interventi per fistole bronchiali;
- 5) interventi per echinococchi polmonare;
- 6) resezione segmentale del polmone;
- 7) dissezione radicale delle strutture toraciche;
- 8) trapianto di midollo osseo,
- 9) asportazione totale del timo.

L. Interventi di chirurgia pediatrica per:

- 1) idrocefalo ipersecretivo;
- 2) polmone cistico e policistico;
- 3) atresia dell'esofago;
- 4) fistola dell'esofago;
- 5) atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
- 6) atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale;
- 7) megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
- 8) megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
- 9) fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale;
- 10) pseudocisti e fistole pancreatiche.
- 11) asportazione tumore di Wilms;
- 12) Spina bifida: mielomeningocele.

M. terapie radianti e chemioterapiche

Gravi eventi morbosi

- A) **Infarto miocardico acuto.**
- B) **Insufficienza cardiorespiratoria scompensata** che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
- I. dispnea;
 - II. edemi declivi;
 - III. aritmia;
 - IV. angina instabile;
 - V. edema o stasi polmonare;
 - VI. ipossiemia.
- C) **Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure.**
- D) **Diabete complicato** caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
- I. ulcere torbide;
 - II. decubiti;
 - III. neuropatie;
 - IV. vasculopatie periferiche;
 - V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
- E) **Politraumatismi gravi** che non necessitano di Intervento Chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato.
- F) **Stato di coma.**
- G) **Ustioni di terzo grado** con estensione pari almeno al 20% del corpo.
- H) **Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.**

Inoltre sono altresì previsti i seguenti Gravi Evento Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%:

- I) **Tetraplegia.**
- J) **J. Sclerosi multipla.**
- K) **K. Sclerosi laterale amiotrofica (SLA).**
- L) **L. Alzheimer.**
- M) **M. Morbo di Parkinson caratterizzato da:**
- I. riduzione attività motoria;
 - II. mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.
- N. **Sars cov 2**
- O. **Tutti i ricoveri in terapia intensiva**
- P. **Cardiopatìa ischemica**
- Q. **Leucemia e Linfomi maligni**

PIANI INTEGRATIVI

Si chiede alla Compagnia la disponibilità a prestare una copertura integrativa strutturata come di seguito descritto.

AVENTI DIRITTO

Potranno acquistare i piani integrativi con costi interamente a proprio carico:

1. gli iscritti non titolari di pensione di vecchiaia, di anzianità, anticipata e supplementare, e loro familiari
2. i familiari dei dipendenti della CNPR.

che non abbiano ancora compiuto l'85° anno di età alla data di decorrenza della copertura e che abbiano manifestato la volontà di aderire nel periodo di adesione che avrà scadenza il 31.3.2021.

Per i dipendenti della CNPR la copertura (Light+Top) sarà stipulata dalla Cassa con costi a proprio carico in forma collettiva.

L'adesione da parte dei familiari è possibile solo previa estensione agli stessi del piano base, al premio di euro 470 per nucleo.

L'adesione potrà essere rinnovata ogni anno, tuttavia in caso di mancato rinnovo per una annualità non sarà più possibile effettuare una nuova adesione per l'intero periodo della copertura.

PRESTAZIONI**Piano LIGHT*****RICOVERO DIVERSO DA GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO E DA GRAVE EVENTO MORBOSO, GIÀ IN COPERTURA COL PIANO BASE ED ELENCATI NEGLI ALLEGATI 1 E 2***

- a) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO, COMPRESI PARTO E ABORTO SPONTANEO

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:
Ricovero chirurgico diverso da grande intervento, ricovero medico diverso da grande evento morboso.

- i. Pre- ricovero
Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
- ii. 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.
- iii. 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.
- iv. Rette di degenza
Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di €. 200,00 al giorno.

- v. **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 30 giorni per ricovero.
- vi. **Assistenza infermieristica privata individuale**
Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
- vii. **Post ricovero**
Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 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.

b) **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 € 1.000,00 per ricovero.

c) **DAY-HOSPITAL DIVERSO DA GRANDE INTERVENTO E DA GRAVE EVENTO MORBOSO GIÀ IN COPERTURA COL PIANO BASE VEDI ALLEGATI 1 E 2**

Nel caso di day-hospital, diverso da Grande Intervento e da Grande Evento Morboso, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti a) "Ricovero in Istituto di cura" e b) "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.

d) **INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE DIVERSO DA GRANDE INTERVENTO, GIÀ IN COPERTURA COL PIANO BASE, VEDI ALLEGATO 1**

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

e) **PARTO E ABORTO SPONTANEO**

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 alle lettere a) "Ricovero in Istituto di cura" punti. ii) "Intervento chirurgico", iii) "Assistenza medica, medicinali, cure", iv) "Retta di degenza", v) "Accompagnatore; vii) "Post-ricovero", e b) "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 7.000,00 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".

È previsto un periodo di carenza di 300 giorni nella prima annualità. Tale carenza non opererà nei successivi rinnovi.

PARTO NON CESAREO e ABORTO 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 alle lettere a) "Ricovero in Istituto di cura", punti ii) "Intervento chirurgico", iii) "Assistenza medica, medicinali, cure", iv) "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti alla lettera b) "Ricovero in istituto di cura", punto vii) "Post-ricovero", e b) "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 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".

È previsto un periodo di carenza di 300 giorni nella prima annualità. Tale carenza non opererà nei successivi rinnovi.

f) 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 € 1.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

g) MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

- i. 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 previa applicazione di una franchigia pari a 1.500 euro. Fermi i sottolimiti previsti.

- ii. 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 25%, con il minimo non indennizzabile di €. 1.500,00 fino ad un massimo di € 4.000. Fermi i sottolimiti previsti.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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.

h) MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 250.000,00 per nucleo familiare.

LENTI

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto nel limite annuo di € 300,00 per nucleo familiare.

La Società provvederà al rimborso delle spese sostenute previa applicazione di una franchigia pari a € 30.

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

VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (Network e Ticket SSN)

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. 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.

Si può usufruire delle prestazioni solo utilizzando 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. Rimarrà a carico dell'Assicurato solo l'importo relativo alla franchigia pari a € 30.

Nel caso in cui la provincia relativa alla dimora dell'Assicurato risulti non coperta dalla rete convenzionata, l'Assicurato potrà richiedere alla Compagnia l'autorizzazione ad effettuare la prestazione fuori rete.

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 € 5.000,00 per nucleo familiare.

PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di € 1.000,00 per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 30% e con un minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura/persona.

Piano TOP

VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI FUORI NETWORK

La Società provvede ad estendere il massimale della garanzia "Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici" del piano Light, alle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio effettuate fuori dal Network convenzionato. Sono escluse le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e le 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.

Le spese verranno rimborsate nel limite del massimale unico di € 5.000 e con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 60 per ogni fattura.

CURE ODONTOIATRICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per cure dentarie sulla base della tabella sottostante

CURE DENTARIE	Rimborso IN NETWORK	Rimborso FUORI NETWORK (solo se accettato in sede di offerta tecnica)
Visite	100%	0%
Igiene orale	100%	0%
Visita emergenza	100%	80%
Conservativa	100%	80%
Radiologia odontoiatrica	100%	80%
Chirurgia	100%	80%
Endodonzia	100%	80%
Paradontologia	80%	60%
Protesi	80%	60%
Ortognatodonzia	80%	60%
Implantologia	80%	60%

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.000,00 per nucleo familiare.

Nel caso in cui la provincia relativa alla dimora dell'Assicurato risulti non coperta dalla rete convenzionata, l'Assicurato potrà richiedere alla Compagnia l'autorizzazione ad effettuare la prestazione fuori rete.

ESCLUSIONI

Ai piani facoltativi si applicano le stesse esclusioni della polizza base, riportate all'art. 17 del presente Capitolato.

COSTI E MODALITA' DI ADESIONE

L'aveute diritto potrà aderire al piano integrativo LIGHT per se stesso o per tutto il nucleo familiare, intendendo per quest'ultimo il coniuge o convivente more uxorio e i figli conviventi o anche non conviventi se fiscalmente a carico.

Il costo dell'adesione al piano LIGHT, interamente a carico dell'assicurato, è calcolato come da tabella seguente:

PREMIO per persona	
Fino a 55 anni	480 €
Da 55 a 85 anni	930 €
FIGLI FINO A 12 ANNI	Compresi gratuitamente in copertura
FIGLI DA 13 A 18 ANNI	SCONTO 30%

Solo chi avrà aderito al piano Light potrà aderire anche al Piano TOP, con i seguenti costi aggiuntivi:

PREMIO per persona	
Fino a 55 anni	1.050 €
Da 55 a 85 anni	1.500 €
FIGLI FINO A 12 ANNI	Compresi gratuitamente in copertura
FIGLI DA 13 A 18 ANNI	SCONTO 30%

REPORT SINISTRI PIANO BASE E PIANI INTEGRATIVI

PIANO BASE

GARANZIA	TIPO ASSICURATO	NETWORK	N. SINISTRI	IMPORTO RICHIESTO	IMPORTO LIQUIDATO	IMPORTO A RISERVA
GIC						
GEM						
diaria da GIC						
diaria da GEM						
diaria da ricovero						
ospedalizzazione domiciliare						
LTC						
Alta Specializzazione						
Prevenzione Odontoiatrica						
Int. Chirurgici odontoiatrici						
Cure oncologiche						
Prevenzione						
Prevenzione sindrome metabolica						
Cure dentarie da infortunio						
Pacchetto maternità						
Fisioterapia da infortunio						
Indennità IP						
Critical Illness						
Altro						

PIANO LIGHT

GARANZIA	TIPO ASSICURATO	NETWORK	N. SINISTRI	IMPORTO RICHIESTO	IMPORTO LIQUIDATO	IMPORTO A RISERVA
Ricovero						
Pre e post						
trasporto						
day hospital						
int. Chirurgico ambulatoriale						
parto cesareo						
parto naturale						
lenti						
visite specialistiche						
accertamenti diagnostici						
protesi ortopediche e acustiche						

PIANO TOP

GARANZIA	TIPO ASSICURATO	NETWORK	N. SINISTRI	IMPORTO RICHIESTO	IMPORTO LIQUIDATO	IMPORTO A RISERVA
visite specialistiche						
accertamenti diagnostici						
cure dentarie						

