

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA POLIZZA
SANITARIA A FAVORE DEL PERSONALE DELLA CONSAPS.p.A.**

CIG 7552367A66

CAPITOLATO TECNICO

Sommario

PREMESSA	1
PROCEDURA ATTUATIVA	2
DEFINIZIONI.....	2
SEZIONE 1 - OGGETTO DEL SERVIZIO	5
Art. 1.1 – Oggetto della Copertura	5
SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	5
Art. 2.1 – Limiti di età	5
Art. 2.2 – Estensione territoriale.....	5
Art. 2.3 – Oneri fiscali	5
Art. 2.4 – Altre assicurazioni	6
Art. 2.5 – Forma delle comunicazioni	6
Art. 2.6 – Rinuncia al recesso dal contratto	6
Art. 2.7 – Pagamento del contributo.....	6
Art. 2.8 – Effetto e durata dell'assicurazione	6
Art. 2.9 – Oneri a carico dell'Assicuratore	6
Art. 2.10 – Modifica delle condizioni di assicurazione.....	7
Art. 2.11 – Commissione paritetica.....	7
Art. 2.12 – Mediazione – Arbitrato rituale.....	7
Art. 2.13 – Foro competente.....	7
Art. 2.14 – Interpretazione delle garanzie di polizza	7
Art. 2.15 – Tutela della Privacy.....	7
Art. 2.16 – Rinvio alle norme di legge	7
Art. 2.17 – Termini di prescrizione	7
SEZIONE 3 – SINISTRI.....	8
Art. 3.1 – Garanzie accessorie (valide per tutti gli Assicurati).....	8
Art. 3.2 – Attività di supporto ed assistenza- obblighi dell'Assicuratore	8
Art. 3.3 – Accesso alle strutture sanitarie.....	9
Art. 3.5 – Reportistica dei sinistri	9
Art. 3.6 – Tempistica per la liquidazione dei sinistri	9
PARTE I- Impiegati	11
PARTE II - Funzionari.....	20
PARTE III - Dirigenti.....	28
PARTE IV - Funzionari in ultrattività	36
ELENCO I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	41

PREMESSA

Il presente Capitolato Tecnico descrive e regola la stipula di una Polizza assicurativa collettiva sanitaria ("Polizza Base"), a favore degli Assicurati, come definiti nell'articolo 2 "Persone assicurate" di ciascuna delle quattro PARTI descritte in questo documento e nel Capitolato Speciale d'Appalto redatto dalla Stazione Appaltante.

PROCEDURA ATTUATIVA

Sulla base delle prescrizioni previste nel presente Capitolato Tecnico, la Compagnia di Assicurazione (da qui anche Società) aggiudicataria della gara concorderà con la Stazione Appaltante la procedura operativa più idonea a garantire il rispetto degli impegni contrattuali assunti.

DEFINIZIONI

Ai termini che seguono le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Appalto	Il contratto oggetto della gara
Assicuratore o Società	La Compagnia assicuratrice aggiudicataria che assume il rischio delle prestazioni oggetto del servizio e deve garantire l'esecuzione delle prestazioni medesime attraverso un Ente di Assistenza, iscritto all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009, abilitato a norma di legge a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario oggetto del presente capitolato tecnico ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
Assicurato	La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione sottoscritto dalla Contraente.
Assistenza diretta	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'Assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso i centri convenzionati con l'Assicuratore senza anticipare la spesa, ma delegando l'Assicuratore al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante.
Assistenza indiretta	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'Assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso i centri non convenzionati.
Centrale Operativa	La struttura costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico dell'Assicuratore, le prestazioni previste dalla polizza.
Contraente	Ente di Assistenza.

Contributo	La somma dovuta all'Ente di Assistenza per l'adesione alla copertura.
Accertamento Diagnostico	Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
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.
Difetto fisico	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
Ente di Assistenza	Ente di assistenza, iscritto all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009, abilitato a norma di Legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
Franchigia	La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.
Indennità sostitutiva	Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate per il ricovero e il periodo pre e post ricovero.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento chirurgico	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.
Intervento chirurgico Ambulatoriale	Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.
Istituto di Cura	Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
IVASS	Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da Isvap dal 1° gennaio 2013.

Malattia	Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.
Malformazione	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Massimale	L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società. I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono quelli previsti dalla normativa vigente.
Retta di degenza	Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.
Ricovero	La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per la Società.

SEZIONE 1 - OGGETTO DEL SERVIZIO

Art. 1.1 – Oggetto della Copertura

Il contratto prevede la stipula di una polizza sanitaria collettiva a favore degli Assicurati, come definiti nell'articolo 2 "Persone assicurate" di ciascuna PARTE del presente Capitolato Tecnico e con corrispettivo a carico della Consap SpA e/o degli Assicurati.

L'assicurazione sanitaria da realizzarsi sia in forma diretta, attraverso il ricorso a strutture e/o medici convenzionati, che in forma indiretta attraverso il rimborso delle spese sanitarie sostenute in conseguenza d'infortunio e malattia nei termini, nella misura e con le modalità indicate dalle norme seguenti e dall'apposita sezione sinistri.

Per la categoria degli impiegati, dei funzionari (anche ultrattivi) e dei dirigenti, la Società aggiudicataria si impegna a stipulare con la stessa decorrenza della copertura oggetto delle gara, l'estensione della "Polizza Base" a favore dei familiari non ricompresi nel nucleo familiare assicurato dalla "Polizza Base" ma richiamati nell'articolo 2 "Persone assicurate", con premio a carico dell'Assicurato e con raccolta centralizzata delle adesioni.

Per la categoria degli impiegati e dei funzionari, la Società aggiudicataria si impegna altresì a stipulare con la stessa decorrenza della copertura oggetto della gara, una ulteriore "Polizza Facoltativa" che integri le prestazioni sanitarie già garantite dalla "Polizza Base", con premio a carico dell'Assicurato e con raccolta centralizzata delle adesioni.

Analoga attività andrà espletata in continuità di copertura dalla Società aggiudicataria a garanzia dei pensionati ex dipendenti della Consap SpA già coperti da precedente contratto assicurativo in convenzione o che cesseranno dal servizio attivo durante il periodo di validità della "Polizza Base".

La Compagnia aggiudicataria si impegna ad indicare un Ente di Assistenza, regolarmente iscritto all'anagrafe dei Fondi Sanitari, detto Ente di Assistenza si obbliga ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all'art. 51 del D.P.R. 917/1986 e s.m.i., accettando i contributi versati dalla Consap SpA o direttamente dagli Assicurati, riversando gli stessi sotto forma di premio alla Società.

Resta inteso che eventuali contributi associativi o oneri accessori per l'adesione di Consap all'ente, saranno a carico della Compagnia Aggiudicatrice.

SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE COMUNI ALLE DIVERSE PARTI

Art. 2.1 – Limiti di età

Per le categorie: impiegati (anche pensionati), funzionari (anche ultrattivi e pensionati) e relativi familiari componenti i nuclei assicurati di entrambe le categorie, l'Assicurazione cessa alla prima scadenza annua successiva al compimento dell'80° anno di età di ciascun Assicurato.

In caso di cessazione per raggiunti limiti di età del titolare, la copertura viene automaticamente meno anche per tutti i familiari componenti il nucleo assicurato.

Per la categoria dei dirigenti e relativi familiari assicurati non sussistono limiti di età.

Art. 2.2 – Estensione territoriale

La copertura assicurativa si intende operante nel territorio del Mondo Intero.

Art. 2.3 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi alla “Polizza Base” sono a carico della Contraente.
Gli oneri fiscali relativi “Polizza Facoltativa” sono a carico del singolo Assicurato.

Art. 2.4 – Altre assicurazioni

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare all'Assicuratore l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo rischio.

Art. 2.5 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni devono avere forma scritta e devono essere inoltrate con lettera raccomandata, oppure con telegramma, o fax o con posta elettronica certificata.

Art. 2.6 – Rinuncia al recesso dal contratto

L'Assicuratore in deroga all'art. 1898 del C.C., rinuncia alla facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza del presente contratto.

Art. 2.7 – Pagamento del contributo

Il premio complessivo annuo viene corrisposto anticipatamente a titolo di acconto per ogni periodo di 12 mesi.

Tale 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 Contraente.

La Consap SpA si riserva di richiedere alla Compagnia, per il tramite del Contraente, la possibilità di frazionare il contributo/premio annuo a titolo di acconto in due rate semestrali.

Al termine di ciascun Periodo Annuo viene determinato il numero di Assicurati che hanno goduto della copertura assicurativa e non erano stati computati nella determinazione dell'Acconto.

L'eventuale differenza fra il premio determinato alla fine del Periodo Annuo e l'acconto viene corrisposto alla Compagnia, se positiva; viene invece rimborsata alla Contraente se negativa.

Art. 2.8 – Effetto e durata dell'assicurazione

L'Assistenza sanitaria prestata a favore dei soggetti assicurati, ha durata 24 mesi con opzione di rinnovo per ulteriori 12 mesi a decorrere dalla stipula del contratto. La polizza cessa alle scadenze prefissate senza alcuna possibilità di rinnovo automatico.

L'opzione di rinnovo viene esercitata attraverso richiesta scritta del Contraente entro 30 giorni dalla scadenza contrattuale alle condizioni economiche e normative in corso e dietro corresponsione del corrispondente premio annuo.

Si precisa che, qualora durante il periodo assicurativo, intervengano modifiche contrattuali significative in ragione di aggiornamenti intervenuti per effetto della Contrattazione Nazionale di categoria (CCNL ANIA) o di Contratto Integrativo Aziendale (CIA), le Parti, qualora non ci fossero i margini tecnici per permettere l'aggiornamento automatico dei contratti in essere, si incontreranno per valutare e ridiscutere le condizioni contrattuali.

Art. 2.9 – Oneri a carico dell'Assicuratore

Sono a carico dell'Assicuratore, intendendosi remunerati con il corrispettivo contrattuale, tutti gli oneri, i rischi e le spese relativi alla prestazione del Servizio nonché ad ogni attività che si rendesse necessaria per la prestazione del Servizio stesso o, comunque, opportuna per un corretto e completo adempimento delle obbligazioni previste.

Art. 2.10 – Modifica delle condizioni di assicurazione

Nessuna modifica delle garanzie e delle condizioni previste dal presente Capitolato Tecnico potrà essere introdotta e/o imposta dalle Società.

Art. 2.11 – Commissione paritetica

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali e di particolari richieste di rimborso che, per la loro peculiarità, possono essere oggetto di valutazione ad hoc, è demandata ad una apposita Commissione Paritetica permanente composta da quattro membri: uno designato dalla Consap SpA, uno designato dall'Ente di Assistenza e due dall'Assicuratore.

Alla stessa Commissione è affidato il compito di verificare il comportamento delle Parti nell'esecuzione del contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti, di monitorare l'andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi. La Commissione potrà inoltre formulare suggerimenti riguardanti modifiche contrattuali atte a migliorare la gestione operativa.

Art. 2.12 – Mediazione – Arbitrato rituale

Tutte le controversie relative all'esecuzione e risoluzione delle clausole contrattuali, fermo restando quanto previsto dal precedente art. 2.11 "Commissione Paritetica", saranno rimesse ad un collegio arbitrale con sede in Roma, composto di tre membri, scelti uno da ciascuna delle due Parti e uno scelto con l'accordo di entrambe le Parti ovvero, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale di Roma.

Art. 2.13 – Foro competente

Per tutte le controversie, relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente contratto e non definite ai sensi dei precedenti art. 2.11 "Commissione Paritetica" e 2.12 "Mediazione – Arbitrato rituale" valgono le norme processuali vigenti e sarà competente il Foro di Roma.

Art. 2.14 – Interpretazione delle garanzie di polizza

Si conviene tra le Parti che verrà data interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni di polizza.

Art. 2.15 – Tutela della Privacy

L'Assicuratore e l'Ente di Assistenza si impegnano in qualsiasi circostanza, all'osservanza ed al rispetto di quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR), in merito al trattamento dei dati e delle informazioni sensibili relativi agli Assicurati.

Art. 2.16 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto qui non sia diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 2.17 - Termini Di Prescrizione

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

SEZIONE 3 - SINISTRI

Art. 3.1 – Garanzie accessorie e Servizi di informazione (valide per tutti gli Assicurati).

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando ad un numero verde, messo a disposizione dall'Assicuratore, almeno dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30 salvo ulteriori accordi migliorativi.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria almeno in merito a:

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici

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

Art. 3.2 – Attività di supporto ed assistenza- obblighi dell'Assicuratore

1. La Società 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 salvo ulteriori accordi migliorativi:

- 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 minimo 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 salvo ulteriori accordi migliorativi per le chiamate sia dall'Italia ed un numero per le chiamate dall'estero;
- una Centrale operativa dovrà fornire all'Assicurato l'assistenza descritta all'art. 3.3 presente Capitolato Tecnico.

2. Entro 30 giorni solari dalla data di stipula del presente contratto, l'Assicuratore si obbliga, a rendere disponibile agli assicurati una *Guida all'assistenza sanitaria*.

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

- 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 dedicati alle attività della Centrale operativa e ogni altra indicazione volta ad informare gli assicurati sulle condizioni e le modalità di erogazione del servizio.

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 sanitari convenzionati suddivisi per specializzazione.

Il suddetto portale deve, inoltre prevedere un'area accessibile al titolare di polizza, con apposita e personale *password*, onde garantire allo stesso di:

- visionare la propria situazione assicurativa completa e l'andamento del sinistro;
- richiedere i rimborsi delle spese sostenute in caso di sinistro, mediante up load della documentazione;
- prenotare ricoveri e prestazioni sanitarie presso le strutture convenzionate.

Art. 3.3 – Accesso alle strutture sanitarie

1. Sinistri in strutture non convenzionate con la Società o effettuati da medici non convenzionati oppure per i quali non è stata attivata la presa in carico diretta o richiesta la prenotazione.

Le prestazioni previste dalla polizza eseguite in strutture non convenzionate, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle sottostanti PARTI.

Per richiedere il rimborso di quanto speso, l'Assicurato può:

- seguire quanto indicato all'interno del portale messo a disposizione dall'Assicurazione, e caricare sul sito i documenti in formato elettronico;
- utilizzare il modulo cartaceo che gli verrà fornito dall'Ente di Assistenza inviandolo via posta all'Assicurazione, debitamente compilato e firmato, unitamente a copia della documentazione sanitaria e di spesa.

2. Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite nel Servizio Sanitario Nazionale, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle sottostanti PARTI.

Per richiedere il rimborso di quanto speso, l'Assicurato può:

- seguire quanto indicato all'interno del portale messo a disposizione dall'Assicurazione, e caricare sul sito i documenti in formato elettronico;
- utilizzare il modulo cartaceo che gli verrà fornito inviandolo via posta all'Assicurazione, debitamente compilato e firmato, unitamente a copia della documentazione sanitaria e di spesa prevista.

In caso di ricovero a completo carico del SSN, l'Assicurato potrà richiedere, in alternativa al rimborso, l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

3. Sinistri in strutture convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati
In caso di sinistro, l'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa per prenotare la prestazione o il ricovero presso una struttura sanitaria convenzionata con la Società.
L'Assicurato può effettuare la prenotazione attraverso la funzione on-line disponibile sul portale messo a disposizione dall'Assicurazione.
All'atto della prestazione l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata i documenti attestanti la propria identità, oltre alla prescrizione medica, qualora richiesta. Le prestazioni autorizzate dall'Assicurazione, saranno liquidate dall'Assicurazione direttamente alla struttura convenzionata, salvo eventuali scoperti e franchigie previsti. Qualora siano erogati servizi non previsti dalla Polizza e/o non autorizzati dall'Assicurazione, l'Assicurato provvederà al pagamento degli stessi direttamente al centro sanitario convenzionato.

Ogni altra ulteriore specifica relativa alla modalità di erogazione dei sinistri, atta a rendere più efficiente il servizio, dovrà essere esplicitata dall'Assicurazione, mediante redazione di apposito documento da allegare all'Offerta Tecnica.

Art. 3.4 – Reportistica dei sinistri

Al termine di ogni semestre entro i 30 giorni solari successivi, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire alla Consap SpA. anche tramite il Contraente un report sintetico dell'andamento tecnico del piano sanitario. Tale report dovrà contenere, separatamente per la copertura base e la copertura facoltativa, il numero dei sinistri con i relativi importi erogati e dovrà essere suddiviso per garanzia e per tipologia di erogatore del servizio.

Art. 3.5 – Tempistica per la liquidazione dei sinistri

L'Assicuratore, nel rispetto delle proprie procedure amministrative di valutazione dei sinistri, si impegna a mantenere uno standard medio di liquidazione dei sinistri richiesti a rimborso di 30 giorni solari da calcolarsi dalla data di acquisizione da parte della Società della denuncia e /o richiesta di rimborso e della relativa documentazione completa ed esaustiva.

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

PARTE I

PIANO SANITARIO IMPIEGATI CONSAP

1. OGGETTO DELL'APPALTO PER LA COPERTURA SANITARIA IMPIEGATI DIPENDENTI CONSAP

Polizza sanitaria collettiva con costo a carico della Consap SpA per la copertura per le spese sostenute dall'Assicurato in caso di malattia e in caso di infortunio per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- alta specializzazione diagnostica;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza.

La Società aggiudicataria si impegna a stipulare con la stessa decorrenza della "Polizza Base", una "Polizza Facoltativa", su eventuale e facoltativa richiesta dell'Assicurato e con costo a carico di quest'ultimo.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore degli impiegati in servizio presso Consap SpA alla data indicata nel frontespizio di polizza che la Società emetterà a completamento della documentazione contrattuale e dei relativi nuclei familiari così come di seguito indicato:

1. Coniuge fiscalmente a carico (anche non convivente purché non separato legalmente);
2. Convivente more uxorio fiscalmente a carico;
3. Figli fiscalmente a carico (Art. 13 del TUIR così come novellato dal D.lgs. 446/97);
4. Figli non conviventi per i quali si verifichino le medesime condizioni reddituali previste per la sussistenza a carico;
5. Coniuge non fiscalmente a carico ma convivente e con reddito non superiore al limite di € 30.092,16*, per le sole prestazioni previste in caso di grande intervento chirurgico;
6. Convivente more uxorio non fiscalmente a carico, ma con reddito inferiore al limite di € 30.092,16*, per le sole prestazioni previste in caso di grande intervento chirurgico.

*detto limite di reddito verrà automaticamente adeguato sulla base della variazione dell'indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, verificatasi nel mese di dicembre di ciascuna anno di validità del contratto.

La Società aggiudicataria si impegna a stipulare con la stessa decorrenza della "Polizza Base", con versamento del relativo premio a carico dell'impiegato, l'estensione della "Polizza Base" alle stesse condizioni del caponucleo a favore del:

7. Coniuge non fiscalmente a carico purché convivente e superiore al limite di reddito;
8. Convivente more uxorio non fiscalmente a carico e superiore al limite di reddito;
9. Figli non fiscalmente a carico;
10. Familiari conviventi non fiscalmente a carico.

In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

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

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici, onorari medici (incluse terapie mediche) effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

d) 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 €. 300,00 al giorno.

e) Accompagnatore

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

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di €. 50,00 al giorno per un massimo di 20 giorni per ricovero in Italia e per un massimo di 40 giorni per ricovero all'estero.

f) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali (anche omeopatici), 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 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, eliambulanza, 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.

3.3 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

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

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.5 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” e 3.2 “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell’organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

3.6 PARTO E ABORTO

3.6.1 PARTO CESAREO gravidanza extrauterina e aborto terapeutico

In caso di parto cesareo, gravidanza extrauterina e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) “Accompagnatore; f) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 4.000,00 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”.

3.6.2 PARTO NON CESAREO

In caso di parto non cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”, lettera f) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 2.000,00 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”.

3.7 INTERVENTI PER CORREZIONE DEI DIFETTI VISIVI

Rientrano in copertura i soli interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser eccimeri, con il massimo di € 1.000,00 per occhio limitatamente a quelli effettuati:

- in caso di anisometropia superiore a 3 diottrie;
- in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio.

3.8 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI_

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate, senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione di quanto previsto al punto 3.2 “Trasporto sanitario”; che viene rimborsato all’Assicurato nei limiti previsti al punto indicato, e del punto 3.6 “Parto e aborto”; (garanzia non prevista per i familiari di cui ai punti 5) e 6) art. 7 “premio”) che viene liquidato alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti.

Si precisa che, qualora il capo equipe risultasse in convenzione si intenderà automaticamente convenzionata anche la relativa equipe.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di €. 1.000,00 ad eccezione delle seguenti:

- punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":
 - lett. d) "Retta di degenza";
 - lett. e) "Accompagnatore";
 - punto 3.2 "Trasporto sanitario";
 - punto 3.6 "Parto e aborto"; (garanzia non prevista per i familiari di cui ai punti 5) e 6) art.7 "Premio")
- che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

b1) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società, per le quali è stata richiesta la preventiva prenotazione, ed equipe medica non convenzionata con la società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 15%, con il minimo non indennizzabile di €. 1.000,00 ad eccezione delle seguenti:

- punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":
 - lett. e) "Accompagnatore";
 - punto 3.2 "Trasporto sanitario";
 - punto 3.6 "Parto e aborto"; (garanzia non prevista per i familiari di cui ai punti 5) e 6) art.7 "Premio").
- che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

b2) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società ed equipe medica convenzionata con la società, per la quale è stata richiesta la preventiva prenotazione.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 10%, con il minimo non indennizzabile di €. 1.000,00 ad eccezione delle seguenti:

- punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":
 - lett. d) "Retta di degenza";
 - lett. e) "Accompagnatore";
 - punto 3.2 "Trasporto sanitario";
 - punto 3.6 "Parto e aborto"; (garanzia non prevista per i familiari di cui ai punti 5) e 6) art.7 "Premio")
- che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.9 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva di cui al punto 3.9.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società" o b1) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed equipe medica non convenzionata con la società o b2) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società ed equipe medica convenzionata con la società.

d) Ricoveri di rilevante importanza.

Nel caso di ricovero in strutture Sanitarie private o pubbliche, convenzionate o meno con la Società per:

- infarto cardiaco;
- malattia neoplastica maligna;

- intervento di neurochirurgia;
- intervento di cardiocirurgia;

le spese relative ai servizi erogati all'Assicurato vengono rimborsate senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione di quanto previsto al punto 3.2 "Trasporto sanitario".

3.9 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

3.10 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 45.000,00 per nucleo familiare.

Nel caso di "grande intervento chirurgico", intendendo per tali quelli contenuti nell'elenco allegato alla polizza, il massimale suindicato si intende raddoppiato.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA

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

- Elettrocardiografia
- Urografia
- Amniocentesi
- Biopsie
- Broncoscopia
- Colonscopia
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Diagnostica Radiologica
- Duodenoscopia
- Ecografia
- Ecocardiografia
- Elettroencefalografia
- Gastrosopia
- Prelievo dei villi coriali
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- Cure per le malattie neoplastiche quali: Chemioterapia, Cobaltoterapia, Radioterapia, ecc.
- Dialisi

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con

l'applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo non indennizzabile di €30,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 80,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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

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

5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio 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 e dei trattamenti fisioterapici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo non indennizzabile di € 30,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 80,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

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

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

6. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di una autorizzazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

7. PREMIO

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono a quelle indicate nell'Offerta Economica.

IMPIEGATI

BASE

<p>Impiegato</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coniuge fiscalmente a carico (anche non convivente purché non separato legalmente) 2. Convivente more uxorio fiscalmente a carico 3. Figli fiscalmente a carico (Art. 13 del TUIR così come novellato dal D.lgs. 446/97). 4. Figli non conviventi per i quali si verifichino le medesime condizioni reddituali previste per la sussistenza a carico 5. Coniuge non fiscalmente a carico ma convivente e con reddito non superiore al limite di € 30.092,16*, per le sole prestazioni previste in caso di grande intervento chirurgico 6. Convivente more uxorio non fiscalmente a carico, ma con reddito inferiore al limite di € 30.092,16*, per le sole prestazioni previste in caso di grande intervento chirurgico. <p>* detto limite di reddito verrà automaticamente adeguato sulla base della variazione dell'indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, verificatasi nel mese di dicembre di ciascuna anno di validità del contratto.</p>	<p>€.....</p>
---	---------------

8. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per gli impiegati e per i familiari avrà effetto in forma rimborsuale dalla data indicata nel frontespizio di polizza che la Società emetterà a completamento della documentazione contrattuale e in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società dal ventesimo giorno successivo alla ricezione del tracciato record compilato con tutti i dati anagrafici richiesti e tutte le informazioni necessarie al fine di definire il piano assicurativo prescelto.

Oltre il gg/mm/aaaa (data da definire tra le Parti) non potranno più verificarsi inclusioni di familiari già presenti alla data di effetto del contratto all'interno del nucleo familiare assicurato fatto salvo quanto eventualmente previsto al successivo punto 9.

9. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per gli impiegati, e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui all'art. 2 "Persone assicurate", le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Coniuge/convivente more uxorio e figli fiscalmente a carico.

Per gli impiegati in servizio alla data di effetto del contratto che abbiano aderito alla copertura base, il coniuge/convivente "more uxorio" e i figli fiscalmente a carico possono essere inclusi anche in un momento successivo al termine ultimo fissato per la consegna della scheda di adesione.

In questo caso la garanzia decorre dal giorno di effetto del contratto sempreché l'inclusione venga comunicata alla Società prima della fine dell'annualità assicurativa. Qualora la comunicazione non pervenga entro la scadenza dell'annualità assicurativa la garanzia decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

Per gli impiegati in servizio alla data di effetto del contratto che abbiano aderito alla copertura facoltativa, il coniuge/convivente "more uxorio" e i figli fiscalmente a carico già presenti nel nucleo familiare alla data di effetto del contratto ma non comunicati, non potranno essere inclusi in un momento successivo al termine ultimo fissato per la consegna della scheda di adesione.

2) Coniuge/convivente more uxorio e figli fiscalmente non a carico e altro familiare convivente non fiscalmente a carico.

Per gli impiegati in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge/convivente "more uxorio" e i figli fiscalmente non a carico o altro familiare convivente non fiscalmente a carico, possono essere inclusi mediante pagamento del relativo premio ed invio dell'apposito modulo tassativamente entro la data da definire tra le parti; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge/convivente "more uxorio" e i figli fiscalmente non a carico o altro familiare convivente non fiscalmente a carico di impiegati neoassunti.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

3) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia.

Per gli impiegati in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto 2 "Persone assicurate" in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. Per i familiari per i quali è previsto il versamento di un premio aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società sempreché sia stato pagato il relativo premio. Per i familiari per i quali non è previsto il versamento di un premio aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata prima della fine dell'annualità assicurativa; in caso contrario decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

4) Inserimento di nuovi impiegati in data successiva all'effetto di polizza.

Le inclusioni di impiegati in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente e i familiari indicati al punto 2 "Persone assicurate", primo capoverso, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora l'impiegato intenda inserire familiari come indicati al punto 2 "Persone assicurate", dovrà includerli nella copertura all'atto dell'assunzione e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio.

5) Variazione del requisito di carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio.

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società; la copertura potrà essere mantenuta con versamento del premio per il coniuge o per il figlio fiscalmente non a carico da parte del dipendente. Qualora il coniuge o il figlio non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente.

Nel caso di acquisizione, in corso di copertura, del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia resterà comunque attiva per l'Assicurato interessato, mentre il relativo premio annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di acquisizione del suddetto requisito e la prima scadenza utile di polizza verrà restituito all'Assicurato stesso al netto delle imposte.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 2, 3, 4 e 5 del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

Eventuali esclusioni verranno effettuate mediante restituzione all'Assicurato del premio annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di esclusione e la prima scadenza utile di polizza, al netto delle imposte.

6) Cessazione del rapporto di lavoro.

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

7) Promozioni a funzionario.

Nel caso di promozione, la copertura per il dipendente e gli eventuali familiari assicurati, cessa dal giorno della promozione sempreché questa venga comunicata alla Società prima della prima scadenza di rata utile. Qualora la comunicazione non pervenga entro tale data la garanzia cesserà dal giorno successivo a quello di quietanzamento.

10. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

- la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per i neonati (fino al compimento del 3° anno di età) e per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio o malattia neoplastica maligna;
- le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quella infermieristica;
- le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi;
- la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sports aerei e motoristici in genere;
- i trattamenti psicoterapici;
- le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita;
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo;
- le conseguenze sofferte a causa di guerra dichiarata e non dichiarata, insurrezione generale, occupazione militare, invasione;
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
- lungodegenze, intese quali ricoveri connessi a condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

PARTE II

PIANO SANITARIO FUNZIONARI CONSAP

1. OGGETTO DELL'APPALTO PER LA COPERTURA SANITARIA FUNZIONARI DIPENDENTI CONSAP

Polizza sanitaria collettiva con costo a carico della Consap SpA per la copertura per le spese sostenute dall'Assicurato in caso di malattia e in caso di infortunio per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- altre prestazioni;
- alta specializzazione diagnostica;
- visita specialistica;
- odontoiatria/ortodonzia;
- cure oncologiche;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza.

La Società aggiudicataria si impegna a stipulare con la stessa decorrenza della "Polizza Base", una "Polizza Facoltativa", su eventuale e facoltativa richiesta dell'Assicurato e con costo a carico di quest'ultimo.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei funzionari in servizio presso Consap SpA alla data indicata nel frontespizio di polizza che la Società emetterà a completamento della documentazione contrattuale, e dei relativi nuclei familiari così come di seguito indicato:

1. Coniuge fiscalmente a carico;
2. Convivente more uxorio fiscalmente a carico;
3. Figli fiscalmente a carico convivente;
4. Figli fiscalmente a carico non conviventi;
5. Coniuge fiscalmente non a carico ma inferiore al limite di reddito di € 37.295,11* per le sole prestazioni previste in caso di grande intervento chirurgico;
6. Convivente more uxorio fiscalmente non a carico ma inferiore al limite di reddito di € 37.295,11* per le sole prestazioni previste in caso di grande intervento chirurgico;
7. Coniuge non fiscalmente a carico ma inferiore al limite di reddito di € 26.711,37* per le sole prestazioni previste in caso di ricoveri.

* detto limite di reddito verrà automaticamente adeguato sulla base della variazione dell'indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, verificatasi nel mese di dicembre di ciascuna anno di validità del contratto.

La Società aggiudicataria si impegna a stipulare con la stessa decorrenza della "Polizza Base", con versamento del relativo premio a carico del funzionario, l'estensione della "Polizza Base" alle stesse condizioni del caponucleo a favore del:

8. Coniuge fiscalmente non a carico e superiore al limite di reddito;
9. Convivente more uxorio fiscalmente non a carico e superiore al limite di reddito;
10. Figli fiscalmente non a carico.

In questo caso dovranno essere incluse in copertura tutte le persone come sopra indicate.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

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

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici, onorari medici (incluse terapie mediche) e l'acquisto e il noleggio di supporti e ausili ortopedici effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

d) 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 €. 350,00 al giorno.

e) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali (anche omeopatici), 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), acquisto e/o noleggio dei macchinari per la fisioterapia, di supporti ortopedici o di altri supporti o apparecchiature necessarie alla patologia, correlati al ricovero, (inclusi protesi e ausili ortopedici compresi carrozzelle, tripodi, plantari) effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

3.2 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" 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.

3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", e) "Post-ricovero" con i relativi limiti in essi indicati.

3.4 PARTO E ABORTO

3.4.1 PARTO CESAREO gravidanza extrauterina e aborto terapeutico

In caso di parto cesareo, gravidanza extrauterina e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento

delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”; e) “Post-ricovero”, con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata entro il massimale dell’area ricovero, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie.

3.4.2 PARTO NON CESAREO

In caso di parto non cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”, lettera e) “Post-ricovero”, con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata sia in strutture sanitarie convenzionate sia non convenzionate nel limite di € 350,00 al giorno per le rette di degenza e di € 2.500,00 per anno assicurativo e persona/nucleo per tutte le altre spese come da punti sopra elencati.

3.5 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di scoperti e franchigie ad eccezione del punto 3.4.2 “Parto non cesareo”; (garanzia non prevista per i familiari di cui ai punti 5) e 6) art. 8 “Premio”) che viene liquidato alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti.

Si precisa che, qualora il capo equipe risultasse in convenzione si intenderà automaticamente convenzionata anche la relativa equipe.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all’Assicurato senza applicazione di scoperti e franchigie ad eccezione delle seguenti:

- punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”:
 - lett. d) “Retta di degenza”;
- punto 3.4.2 “Parto cesareo”; (garanzia non prevista per i familiari di cui ai punti 5) e 6) art.8 “Premio”);

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

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.

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

3.6 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 120.000,00 per nucleo familiare.

Nel caso di “grande intervento chirurgico”, intendendo per tali quelli contenuti nell’elenco allegato alla polizza, il massimale suindicato si intende raddoppiato.

4. ALTRE PRESTAZIONI

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni indicate nei successivi sottopunti corrisponde a € 3.650,00 per nucleo familiare.

4.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA

- Mammografia
- Diagnostica radiologica
- Urografia
- Agopuntura (solo se effettuata da medico specialista)
- Dialisi
- Doppler
- Ecografia (max 3 esami annui)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Endoscopia
- Laserterapia
- Mineralogia Ossea Computerizzata
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Scintigrafia
- Telecuore
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Angiografia
- Bilancio ormonale
- Colposcopia
- Ecocardiografia
- Logopedia
- Pap Test
- Apparecchi protesici noleggiati o acquistati (esclusi occhiali, lenti, protesi dentarie)
- Tomografia ad emissione di positroni

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate applicando uno scoperto del 20% per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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

4.2 APPARECCHI PROTESICI

La società rimborsa le spese per l'acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici (esclusi occhiali, lenti e protesi dentarie) nella misura del 80%. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica che ha reso necessaria la prestazione stessa.

4.3 VISITA SPECIALISTICA

Vengono rimborsate le spese per la visita del medico specialista che abbia prescritto la prestazione sanitaria prevista ai punti 4.1 e 4.2.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate applicando uno scoperto del 20% per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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

La richiesta di rimborso relativa alla prestazione sanitaria ed alla visita specialistica deve essere richiesta congiuntamente

4.4 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI- CHECK UP DIAGNOSTICO PREVENTIVO

La Società, rimborsa le spese per il solo funzionario per prestazioni di prevenzione diagnostica con il limite massimo di € 500,00 annui e con l'applicazione di uno scoperto del 20%. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio sanitario nazionale i ticket vengono rimborsati integralmente

Per l'erogazione delle prestazioni è sufficiente una prescrizione medica senza quesito diagnostico oppure indicante controllo, check up, screening.

5. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche sia in centri convenzionati con la Società sia in centri non convenzionati con le modalità sottoindicate.

Secondo i limiti previsti per ciascuna prestazione indicata dalla tabella allegato 2) dell'allegato 5) al CCNL ANIA e pertanto senza applicazione di scoperti o franchigie, oppure su richiesta annuale dell'Assicurato, nel caso di utilizzo di centri odontoiatrici non convenzionati con la Società le spese erogate all'Assicurato vengono rimborsate con uno scoperto del 20%.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a:

- € 1.850,00 per singolo;
- € 2.950,00 per nucleo di 2/3 persone;
- € 450,00 per ogni persona aggiuntiva;

6. CURE ONCOLOGICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite, accertamenti diagnostici e terapie oncologiche, anche farmacologiche relative a malattie oncologiche.

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

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 23.000,00 per nucleo familiare.

7. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di una autorizzazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

8. PREMIO

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono a quelli indicati nell'Offerta Economica.

FUNZIONARI

BASE

<p>Funzionario</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coniuge fiscalmente a carico 2. Convivente more uxorio fiscalmente a carico 3. Figli fiscalmente a carico conviventi 4. Figli fiscalmente a carico non conviventi 5. Coniuge fiscalmente non a carico ma inferiore al limite di reddito di € 37.295,11* per le sole prestazioni previste in caso di grande intervento chirurgico 6. Convivente more uxorio fiscalmente non a carico ma inferiore al limite di reddito di € 37.295,11* per le sole prestazioni previste in caso di grande intervento chirurgico 7. Coniuge non fiscalmente a carico ma inferiore al limite di reddito di € 26.711,37* per le sole prestazioni previste in caso di ricovero. <p>* detto limite di reddito verrà automaticamente adeguato sulla base della variazione dell'indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, verificatasi nel mese di dicembre di ciascuna anno di validità del contratto.</p>	<p>€</p>
---	----------------

9. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i funzionari e per i familiari avrà effetto in forma rimborsuale dalla data indicata nel frontespizio di polizza che la Società emetterà a completamento della documentazione contrattuale e in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società dal ventesimo giorno successivo alla ricezione del tracciato record compilato con tutti i dati anagrafici richiesti e tutte le informazioni necessarie al fine di un corretto censimento.

Oltre il gg/mm/aaaa (data da definire tra le Parti) non potranno più verificarsi inclusioni di familiari già presenti alla data di effetto del contratto all'interno del nucleo familiare assicurato fatto salvo quanto eventualmente previsto al successivo punto 10.

10. INCLUSIONI /ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i funzionari, e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui all'art. 2 "Persone assicurate", le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Coniuge/convivente more uxorio e figli fiscalmente a carico.

Per i funzionari in servizio alla data di effetto del contratto che abbiano aderito alla copertura, il coniuge/convivente "more uxorio" e i figli fiscalmente a carico possono essere inclusi anche in un momento successivo al termine ultimo fissato per la consegna della scheda di adesione.

In questo caso la garanzia decorre dal giorno di effetto del contratto sempreché l'inclusione venga comunicata alla Società prima della fine dell'annualità assicurativa. Qualora la comunicazione non pervenga entro la scadenza dell'annualità assicurativa la garanzia decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

3) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia.

Per i funzionari in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto 2 "Persone assicurate" in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. Per i familiari per i quali è previsto il versamento di un premio aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società sempreché sia stato pagato il relativo premio. Per i familiari per i quali non è previsto il versamento di un premio aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata prima della fine dell'annualità assicurativa; in caso

contrario decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

4) Inserimento di nuovi funzionari in data successiva all'effetto di polizza.

Le inclusioni di funzionari in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni o promozioni da impiegato. La garanzia per il dipendente e i familiari indicati al punto 2 "Persone assicurate", primo capoverso, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora il dipendente intenda inserire familiari come indicati al punto 2 "Persone assicurate", dovrà includerli nella copertura all'atto dell'assunzione e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio.

5) Variazione del requisito di carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio.

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società; la copertura potrà essere mantenuta con versamento del premio per il coniuge o per il figlio fiscalmente non a carico da parte del dipendente. Qualora il coniuge o il figlio non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente.

Nel caso di acquisizione, in corso di copertura, del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia resterà comunque attiva per l'Assicurato interessato, mentre il relativo premio annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di acquisizione del suddetto requisito e la prima scadenza utile di polizza verrà restituito all'Assicurato stesso al netto delle imposte.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 2, 3, 4 e 5 del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

Eventuali esclusioni verranno effettuate mediante restituzione all'Assicurato del premio annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di esclusione e la prima scadenza utile di polizza, al netto delle imposte.

6) Cessazione del rapporto di lavoro.

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

7) Promozioni a dirigente.

Nel caso di promozione, la copertura per il funzionario e gli eventuali familiari assicurati, cessa dal giorno della promozione sempreché questa venga comunicata alla Società prima della prima scadenza di rata utile. Qualora la comunicazione non pervenga entro tale data la garanzia cesserà dal giorno successivo a quello di quietanzamento.

11. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

- rette di degenza in caso di ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo, ecc.), ancorché qualificate come cliniche o case di cura;
- malattie mentali in tutti i casi in cui esse diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35, legge 23.12.78 n. 833;
- malattie tubercolari in fase attiva assistibili dall'INPS;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti. Sono comunque rimborsabili le spese per cure di disintossicazione e relativi ricoveri nei limiti previsti dalla lettera "A";
- psicoterapia non curata da medico specialista e psicoanalisi;
- chirurgia plastica a scopo estetico (salvo quella a scopo ricostruttivo);
- agopuntura non effettuata da medico;
- infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili;

- in caso di ricovero, le spese sostenute per l'uso del telefono, della radio e della televisione;
- in caso di prestazioni effettuate all'estero, le spese di viaggio e quelle sostenute dall'eventuale accompagnatore;
- le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quella infermieristica;
- le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi;
- Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

PARTE III

PIANO SANITARIO DIRIGENTI CONSAP

1. OGGETTO DELL'APPALTO PER LA COPERTURA SANITARIA DIRIGENTI ED EX DIRIGENTI CONSAP

Polizza sanitaria collettiva con costo a carico della Consap SpA per la copertura per le spese sostenute dall'Assicurato in caso di malattia e in caso di infortunio per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici rieducativi, protesi ortopediche e acustiche, psicoterapia, occhiali, cure termali e medicinali;
- cure oncologiche e macropatologie;
- odontoiatria/ortodonzia;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata, dalla data di effetto indicata nel frontespizio emesso dalla Società a completamento della documentazione contrattuale, a favore dei dirigenti in forza presso la Consap SpA ed inoltre prestata agli ex dirigenti già alle dipendenze della Consap SpA i quali, al momento della risoluzione del rapporto di lavoro abbiano maturato una anzianità di servizio di almeno 5 anni (o non meno di 3 anni in qualità di dirigente) ed abbiano diritto alla pensione nel regime obbligatorio, con esclusione degli ex dirigenti pensionati che abbiano in atto un rapporto di lavoro alle dipendenze di terzi.

In caso di decesso del dirigente in servizio o dell'ex dirigente pensionato continuano ad avere diritto all'assistenza sanitaria, il coniuge o, in mancanza, il convivente more uxorio del dirigente deceduto, finché non contraggano nuovo matrimonio nonché i figli del dirigente medesimo che siano a carico del suddetto coniuge/convivente more uxorio superstite ovvero, anche se non a carico, fino al 26° anno di età se studenti. In mancanza del coniuge o del convivente more uxorio, l'assistenza sanitaria continua ad essere riconosciuta ai figli superstiti del dirigente che abbiano diritto a pensione indiretta o di reversibilità o fino al 26° anno di età se studenti.

L'assicurazione è estesa ai relativi nuclei familiari così come di seguito riportati:

1. Coniuge fiscalmente a carico;
2. Convivente more uxorio fiscalmente a carico;
3. Coniuge convivente fiscalmente non a carico ma con reddito annuo lordo non superiore ad € 43.758,78*
4. Convivente more uxorio non a carico ma con reddito annuo lordo non superiore ad € 43.758,78*;
5. Figli fiscalmente a carico fino al compimento del 32° anno di età, salvo che gli stessi non si trovano in una condizione di invalidità lavorativa, la cui misura darebbe diritto all'erogazione dell'assegno di invalidità da parte dell'INPS.
6. Figli fiscalmente non a carico conviventi e con reddito non superiore ad € 43.758,78* fino al compimento del 21° anno di età o 26° anno di età se studenti;
7. Altri familiari a carico per i quali il Dirigente ha diritto alle detrazioni d'imposta a norma dell'art. 12 del D.P.R. 22.12.1986 n. 917 e successive modificazioni ed integrazioni.

* detto limite di reddito verrà automaticamente adeguato sulla base della variazione dell'indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, verificatasi nel mese di dicembre di ciascuna anno di validità del contratto.

La Società aggiudicataria si impegna a stipulare con la stessa decorrenza della polizza, con versamento del relativo premio a carico del dirigente, l'estensione delle condizioni di copertura del caponucleo a favore del:

8. Coniuge fiscalmente non a carico e superiore al limite di reddito;
9. Convivente more uxorio fiscalmente non a carico e superiore al limite di reddito;

10. Figli fiscalmente non a carico o superiori al limite di reddito

11. Familiari fiscalmente non a carico.

In questo caso dovranno essere incluse in copertura tutte le persone come sopra indicate.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

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

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale.

f) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (le spese di natura alberghiera vengono rimborsate nel limite massimo giornaliero di 132,15) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero o l'intervento anche ambulatoriale. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione nel limite del massimale del ricovero.

3.3 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

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

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. a) "Pre-

ricovero”, b) “Intervento chirurgico, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, f) “Post-ricovero” e 3.2 “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati.

3.5 PARTO E ABORTO

3.5.1 PARTO CESAREO E GRAVIDANZA EXTRAUTERINA

In caso di parto cesareo o gravidanza extrauterina effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) “Assistenza infermieristica privata individuale; f) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata nel limite del massimale dell’area ricovero 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”.

3.5.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”, lettera f) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata sia in strutture sanitarie convenzionate sia non convenzionate nel limite di € 381,52 al giorno per le rette di degenza e di € 1.894,81 per anno assicurativo e persona/nucleo per tutte le altre spese come da punti sopra elencati.

3.6 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione del punto 3.5.2 “Parto non cesareo e aborto terapeutico” che viene liquidato alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti.

Si precisa che, qualora il capo equipe risultasse in convenzione si intenderà automaticamente convenzionata anche la relativa equipe.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all’Assicurato senza applicazioni di franchigie e scoperti ad eccezione del punto 3.5.2 “Parto non cesareo e aborto terapeutico” che viene rimborsato all’Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

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

3.7 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle garanzie suindicate, dovrà intendersi illimitato o comunque non inferior a € 2.000.000,00 per nucleo familiare.

4. PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per i più rilevanti esami diagnostici e per le terapie più avanzate, quali ad asempio:

- Laserterapia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) anche virtuale e simili.

Qualora l'assistito si sottoponesse ad un esame/accertamento non compreso nell'elenco di cui sopra, il rimborso verrà effettuato nell'ambito del massimale previsto all'articolo 5) che segue.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

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:

- € 3.560,50 per singolo;
- € 4.962,96 per nucleo di 2 persone;
- € 6.365,42 per nucleo di 3 persone;
- € 472,11 per ogni persona aggiuntiva.

5. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIEDUCATIVI, PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE, PSICOTERAPIA, OCCHIALI, CURE TERMALI E MEDICINALI

La Società provvede al rimborso delle spese per visite specialistiche e generiche (anche domiciliari e/o ambulatoriali), esami di laboratorio, accertamenti diagnostici, terapie fisiche e trattamenti fisioterapici rieducativi, protesi ortopediche ed acustiche, Psicoterapia (eseguita da medico o da psicologo abilitato), lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto (si intendono escluse le lenti usa e getta), le cure termali (anche idropiniche, sono comunque escluse le spese di natura alberghiera) conseguenti a malattia o a infortunio.

Sono compresi inoltre in garanzia i medicinali presenti nel prontuario farmacologico.

Ai fini del rimborso dei medicinali è necessario l'invio della seguente documentazione:

- fustelle staccate dalla confezione del farmaco o parte della confezione del farmaco da cui risultino denominazione e prezzo del farmaco;
- relativi scontrini fiscali con indicazione del farmaco e del codice fiscale dell'Assicurato.

Non verrà, in ogni caso previsto il rimborso per medicinali quali ad esempio viagra, pillole contro l'obesità, anticoncezionali, prodotti di dermocosmesi.

Nel caso di spese per l'acquisto di lenti la Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto (si intendono escluse le lenti usa e getta).

Per l'attivazione degli esami di laboratorio, accertamenti diagnostici, terapie fisiche, trattamenti fisioterapici rieducativi, cure termali e protesi ortopediche ed acustiche è necessaria una prescrizione medica, anche senza indicazione di patologia, che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società le spese sostenute vengono rimborsate con applicazione di uno scoperto del 20% per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico, terapie fisiche, occhiali, cure termali e protesi ortopediche ed acustiche.

Per i medicinali lo scoperto applicato sarà del 30%.

La Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a:

- € 3.560,50 per singolo;
- € 4.962,96 per nucleo di 2 persone;
- € 6.365,42 per nucleo di 3 persone;
- € 472,11 per ogni persona aggiuntiva.

6. ODONTOIATRIA / ORTODONZIA

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche sia in centri convenzionati con la Società sia in centri non convenzionati con le modalità sotto indicate.

Le spese vengono rimborsate con uno scoperto del 10% sia in strutture convenzionate sia in strutture non convenzionate.

La garanzia è operante solo in forma rimborsuale sia in strutture convenzionate sia in strutture non convenzionate con la Compagnia.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a:

- € 9.058,00 per singolo;
- € 11.189,85 per nucleo di 2 persone;
- € 12.788,40 per nucleo di 3 persone;
- € 14.919,80 per nucleo maggiore di 3 persone.

7. CURE ONCOLOGICHE E MACROPATOLOGIE

La Società provvede al rimborso integrale delle spese per visite, accertamenti diagnostici e terapie oncologiche (comprese radioterapia, cobaltoterapia, chemioterapia etc.), anche farmacologiche relative a malattie oncologiche e altre macropatologie di seguito riportate (come da Verbali ANIA – FIDIA del'11/01/2010 e del 27/03/2012). E' compresa inoltre l'assistenza infermieristica per massimo di € 111,90 per giorno per un periodo massimo di sei mesi (anche frazionato) per le malattie oncologiche, solo con richiesta del medico curante che attesti la necessità di assistenza infermieristica.

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

ELENCO ALTRE MACROPATOLOGIE

Apparato cardio-vascolare:

- infarto acuto del miocardio
- insufficienza cardiaca III e IV Classe NYHA

Apparato Respiratorio:

- Embolia polmonare
- Fibrosi cistica

Apparato gastroenterico:

- pancreatite acuta
- insufficienza epatica acuta

Apparato neuro-vegetativo:

- malattie demielinizzanti (ad esempio SLA, sclerosi multipla, atrofia muscolare progressiva, atassie, afasie)
- morbo di Parkinson
- morbo di Alzheimer
- malattia dei prioni
- ictus ischemico ed emorragico (esclusi gli attacchi ischemici transitori TIA)
- ischemia arterie vertebrali
- paralisi che determini paraplegia od emiplegia
- diabete con neuropatia periferica associata a vasculopatia obliterante arti inferiori

Apparato osteo-articolare

- crolli vertebrali multipli (> di 3)
- amputazione di almeno 1/3 di arto a seguito di malattia

Ustioni di terzo grado interessanti almeno il 20% della superficie corporea.

Tutti i trapianti d'organo

Si da atto che eventuali macropatologie non comprese nel suddetto elenco che dovessero essere riscontrate, potranno essere oggetto di una disamina da parte della Commissione mista.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate per nucleo fa riferimento a quello indicato al precedente punto 3.7.

8. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di una autorizzazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

9. PREMIO

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono a quelle indicate nell'Offerta Economica.

<i>DIRIGENTE</i>	<i>PREMIO</i>
<p>Dirigente o coniuge del Dirigente deceduto</p> <ol style="list-style-type: none">1. Coniuge fiscalmente a carico;2. Convivente more uxorio fiscalmente a carico;3. Coniuge convivente fiscalmente non a carico ma con reddito annuo lordo non superiore ad € 43.758,78*4. Convivente more uxorio non a carico ma con reddito annuo lordo non superiore ad € 43.758,78*5. Figli fiscalmente a carico fino al compimento del 32° ano di età, salvo che gli stessi non si trovano in una condizione di invalidità lavorativa, la cui misura darebbe diritto all'erogazione dell'assegno di invalidità da parte dell'inps;6. Figli fiscalmente non a carico conviventi e con reddito non superiore ad € 43.758,78* fino al compimento del 21° anno di età o 26° anno di età se studenti;7. Altri familiari a carico per i quali il Dirigente ha diritto alle detrazioni d'imposta a norma dell'art. 12 del D.P.R. 22.12.1986 n. 917 e successive modificazioni ed integrazioni. <p>* detto limite di reddito verrà automaticamente adeguato sulla base della variazione dell'indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, verificatasi nel mese di dicembre di ciascuna anno di validità del contratto.</p>	€

10. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i dirigenti e per i familiari avrà effetto in forma rimborsuale dalla data di effetto indicata nel frontespizio emesso dalla Società a completamento della documentazione contrattuale e in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società dal ventesimo giorno successivo alla ricezione del tracciato record compilato con tutti i dati anagrafici richiesti

Oltre il gg/mm/aaaa (data da concordare tra le Parti) non potranno più verificarsi inclusioni di familiari già presenti data di effetto indicata nel frontespizio emesso dalla Società a completamento della documentazione contrattuale all'interno dal nucleo familiare assicurato fatto salvo quanto eventualmente previsto al successivo punto 11.

11. INCLUSIONI /ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i dirigenti, e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui all'art. 2 "Persone assicurate", le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati:

1) Coniuge, convivente, figli fiscalmente a carico e altri familiari come indicati al punto 2 "Persone assicurate".

Per i dirigenti in servizio alla data di effetto del contratto, i familiari di cui ai punti da 1 a 7, indicati all'art. 2 "Persone assicurate" possono essere inclusi anche in un momento successivo al termine ultimo fissato per la consegna della scheda di adesione.

In questo caso la garanzia decorre dal giorno di effetto del contratto sempreché l'inclusione venga comunicata alla Società prima della fine dell'annualità assicurativa. Qualora la comunicazione non pervenga entro la scadenza dell'annualità assicurativa la garanzia decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia.

Per i dirigenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto 2 "Persone assicurate" in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. Per i familiari per i quali è previsto il versamento di un premio aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società sempreché sia stato pagato il relativo premio. Per i familiari per i quali non è previsto il versamento di un premio aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata prima della fine dell'annualità assicurativa; in caso contrario decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

3) Inserimento di nuovi dirigenti in data successiva all'effetto di polizza.

Le inclusioni di dirigenti in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dirigente e i familiari indicati al punto 2 "Persone assicurate", decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora il dirigente intenda inserire l'eventuale coniuge o figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio", dovrà includerli nella copertura all'atto dell'assunzione e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio.

4) Variazione del requisito di carico fiscale/convivenza da parte del coniuge o di un figlio.

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale o di cessata convivenza da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società; la copertura potrà essere mantenuta con versamento del premio per il coniuge o per il figlio fiscalmente non a carico da parte del dirigente. Qualora il coniuge o il figlio non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente.

Nel caso di acquisizione, in corso di copertura, del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia resterà comunque attiva per l'Assicurato interessato, mentre il relativo premio annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di acquisizione del suddetto requisito e la prima scadenza utile di polizza verrà restituito all'Assicurato stesso al netto delle imposte.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 2, 3, 4 e 5 del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

Eventuali esclusioni verranno effettuate mediante restituzione all'Assicurato del premio annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di esclusione e la prima scadenza utile di polizza, al netto delle imposte.

5) Cessazione del rapporto di lavoro.

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

6) Promozioni a dirigente.

Nel caso di promozione, la copertura per il dirigente e gli eventuali familiari assicurati, decorre dal giorno della promozione sempreché questa venga comunicata alla Società prima della data di emissione della quietanza. Qualora la comunicazione non pervenga entro tale data la garanzia decorrerà dal giorno successivo a quello di quietanzamento.

12. - ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

Sono in tutti i casi escluse dal rimborso le spese relative a:

- retta di degenza in caso di ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie e di lunga permanenza (cronicari, case di riposo, ecc.) ancorché qualificate come cliniche o case di cura;
- malattie mentali in tutti i casi in cui esse diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli art. 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- malattie tubercolari in fase attiva assistibili dall'INPS;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti. Sono comunque rimborsabili le spese per cure di disintossicazione e relativi ricoveri;
- psicoterapia salvo che non sia eseguita da medico o da psicologo abilitato all'esercizio della professione;
- psicoanalisi;
- chirurgia plastica a scopo estetico (salvo quella a scopo ricostruttivo);
- agopuntura non effettuata da medico;
- infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili;
- spese alberghiere per cure termali e idropiniche salvo quanto previsto al punto A;
- in caso di ricovero, le spese sostenute per l'uso del telefono, della radio e della televisione;
- le spese di viaggio e quelle sostenute dall'eventuale accompagnatore;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto 6. "Odontoiatria/Ortodonzia" l'assicurazione non è operante per:

- protesi estetiche
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

PARTE IV

PIANO SANITARIO EX FUNZIONARI IN ULTRATTIVITA' CONSAP

1. OGGETTO DELL'APPALTO PER LA COPERTURA SANITARIA FUNZIONARI EX DIPENDENTI CONSAP

Polizza sanitaria collettiva con costo a carico della Consap SpA per la copertura per le spese sostenute dall'Assicurato in caso di malattia e in caso di infortunio per:

- ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia ed infortunio;
- prestazioni di alta specializzazione;
- cure oncologiche;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei Funzionari di Consap cessati dal servizio, che al momento della risoluzione del rapporto di lavoro, esclusi i casi di licenziamento per giusta causa o giustificato motivo soggettivo, che hanno maturato il diritto alla pensione del regime obbligatorio, ovvero qualora questo diritto maturi entro 24 mesi dalla data di cessazione, per un periodo di tre anni successivi alla data di cessazione. In caso di decesso del funzionario la copertura decade.

La Società aggiudicataria si impegna a stipulare con la stessa decorrenza della "Polizza Base", l'estensione della "Polizza Base" a favore del relativo nucleo familiare, su eventuale e facoltativa richiesta dell'Assicurato e con costo a carico di quest'ultimo così come di seguito riportato:

- Coniuge (anche non convivente purché non separato legalmente);
- Convivente more uxorio;
- Figli fiscalmente a carico (Art. 13 del TUIR così come novellato dal D.lgs 446/97);
- Figli non fiscalmente a carico ma conviventi.

In questo caso dovranno essere incluse in copertura tutte le persone come sopra indicate.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

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

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici, onorari medici (incluse terapie mediche) effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie

e) Post ricovero Esami e accertamenti diagnostici, medicinali (anche omeopatici), 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 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

3.2 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

3.3 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia ad eccezione del punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. e) assistenza infermieristica privata individuale che viene rimborsata all'Assicurato nei limiti previsti.

Si precisa che, qualora il capo equipe risultasse in convenzione si intenderà automaticamente convenzionata anche la relativa equipe.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato senza applicazione di franchigie e scoperti ad eccezione del punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. e) assistenza infermieristica privata individuale che viene rimborsato all'Assicurato nei limiti previsti.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.4 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

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

3.4 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

3.5 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 240.000,00 per anno.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

- Angiografia
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- Telecuore
- Endoscopia
- Dialisi
- Laserterapia
- Tomografia ad emissione di positroni

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

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 € 3.650,00 per anno.

5. CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche la Società liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (se non effettuate in regime di ricovero o day hospital), con massimale autonomo.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di franchigie o scoperti.

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 € 23.000,00 per anno.*

6. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di una autorizzazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

7. PREMIO

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono a quelle indicate nell'Offerta Economica.

<i>EX FUNZIONARIO IN ULTRATTIVITA'</i>	<i>PREMIO</i>
Ex funzionario	€

8. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per gli ex dipendenti e per i familiari avrà effetto in forma rimborsuale dalla data indicata sul frontespizio di polizza emesso dalla Società a completamento della documentazione di gara e in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società dalle ore 00.00 del ventesimo giorno successivo alla ricezione del tracciato record compilato con tutti i dati anagrafici richiesti

Oltre il gg/mm/aaaa (data da concordare tra le Parti) non potranno più verificarsi inclusioni di familiari già presenti alla data di effetto all'interno del nucleo familiare assicurato fatto salvo quanto eventualmente previsto al successivo punto 9.

9. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per l'ex funzionario, e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui all'art. 2 "Persone assicurate", le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

In caso di decesso dell'ex funzionario nel corso del contratto, la copertura rimarrà valida per i familiari già assicurati fino alla prima scadenza del periodo di copertura già pagato e non si rinnoverà oltre.

1) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia.

Per i pensionati in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto 2 "Persone assicurate" in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. Per i familiari la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società sempreché sia stato pagato il relativo premio.

2) Inserimento di nuovi pensionati in data successiva all'effetto di polizza.

Le inclusioni di pensionati in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di neo pensionamento. La garanzia per l'ex funzionario e i familiari indicati al punto 2 "Persone assicurate", primo capoverso, decorre dal giorno del pensionamento sempreché questo venga comunicato alla Società entro 30 giorni. Qualora il pensionamento venga comunicato successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società. Qualora l'ex funzionario intenda inserire l'eventuale coniuge o figli o il convivente "more uxorio" come indicato al punto 2 "Persone assicurate", dovrà includerli nella copertura alla decorrenza e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio.

3) Variazione del requisito di carico fiscale da parte di un figlio non convivente.

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte di un figlio non convivente, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società. Nel caso di acquisizione, in corso di copertura, del requisito del carico fiscale da parte un figlio non convivente, la garanzia decorre dal giorno dell'acquisizione del carico fiscale sempreché questo venga comunicato alla Società entro 30 giorni. Qualora l'acquisizione del carico fiscale venga comunicato successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio.

4) Variazione del requisito di convivenza da parte di un figlio non fiscalmente a carico.

Nel caso di perdita del requisito di convivenza da parte di un figlio non fiscalmente a carico, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società. *Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 1, 2, 3 del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso. Eventuali esclusioni verranno effettuate mediante restituzione all'Assicurato del premio annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di esclusione e la prima scadenza utile di polizza, al netto delle imposte.*

10. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

- la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio o malattia neoplastica maligna;
- la chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri;
- le prestazioni, previste dal piano sanitario, non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quella infermieristica;
- le prestazioni, previste dal piano sanitario, non corredate dall'indicazione della diagnosi;
- la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sports aerei e motoristici in genere;
- i trattamenti psicoterapici;
- le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita;
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo;
- le conseguenze sofferte a causa di guerra dichiarata e non dichiarata, insurrezione generale, occupazione militare, invasione;
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
- lungodegenze, intese quali ricoveri connessi a condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- le ri protesizzazioni;
- ogni prestazione non espressamente prevista dal piano sanitario.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale

- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni retto-coliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti