

**CAPITOLATO TECNICO DI GARA**

**AFFIDAMENTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA DI RIMBORSO SPESE  
SANITARIE PER IL PERSONALE IN SERVIZIO DEL  
CONSORTIUM GARR**

**Ottobre 2025**

## Sommaro

<b>PREMESSA</b> .....	4
<b>PROCEDURA ATTUATIVA</b> .....	4
<b>DEFINIZIONI</b> .....	4
<b>SEZIONE 1 - OGGETTO DEL SERVIZIO</b> .....	5
<i>Art. 1.1 – Oggetto della Copertura</i> .....	5
<b>SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE COMUNI ALLE DIVERSE PARTI</b> .....	6
<i>Art. 2.1 – Estensione territoriale</i> .....	6
<i>Art. 2.2 – Oneri fiscali</i> .....	6
<i>Art. 2.3 – Altre assicurazioni</i> .....	6
<i>Art. 2.4 – Forma delle comunicazioni</i> .....	6
<i>Art. 2.6 – Effetto, durata e recesso dell'assicurazione</i> .....	6
<i>Art. 2.7– Oneri a carico dell'Assicuratore</i> .....	6
<i>Art. 2.8 – Modifica delle condizioni di assicurazione</i> .....	6
<i>Art. 2.9 - Foro competente</i> .....	6
<i>Art. 2.10 – Interpretazione delle garanzie di polizza</i> .....	7
<i>Art. 2.11 – Tutela della Privacy</i> .....	7
<i>Art. 2.12 – Rinvio alle norme di legge</i> .....	7
<i>Art. 2.13 - Termini Di Prescrizione</i> .....	7
<b>SEZIONE 3 – SINISTRI</b> .....	7
<i>Art. 2.5 – Pagamento del contributo</i> .....	7
<i>Art. 3.1 - Denuncia del sinistro</i> .....	7
<i>Art. 3.2 - Controversie</i> .....	9
<i>Art. 3.3 – Tempistica per la liquidazione dei sinistri</i> .....	9
<b>PIANO SANITARIO DIPENDENTI CONSORTIUM GARR</b> .....	10
<b>1. OGGETTO DELL'APPALTO PER LA COPERTURA SANITARIA DIPENDENTI CONSORTIUM GARR</b> .....	10
<b>2. PERSONE ASSICURATE</b> .....	10
<b>3. RICOVERO</b> .....	10
<b>3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA</b> .....	10
<b>3.2 TRASPORTO SANITARIO</b> .....	11
<b>3.3 DAY-HOSPITAL</b> .....	11
<b>3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE</b> .....	11
<b>3.5 TRAPIANTO A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO</b> .....	12
<b>3.6 PARTO</b> .....	12
<b>3.7 RIMPATRIO DELLA SALMA</b> .....	12
<b>3.8 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI</b> .....	12
<b>3.9 INDENNITÀ SOSTITUTIVA</b> .....	13

<b>3.10 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO .....</b>	<b>13</b>
<b>MASSIMALE ASSICURATO DELL'AREA RICOVERO.....</b>	<b>14</b>
<b>4. ALTA SPECIALIZZAZIONE .....</b>	<b>14</b>
<b>5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.....</b>	<b>15</b>
<b>6. LENTI E OCCHIALI.....</b>	<b>16</b>
<b>7. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO.....</b>	<b>16</b>
<b>8. CURE PER MALATTIE ONCOLOGICHE.....</b>	<b>16</b>
<b>9. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO.....</b>	<b>17</b>
<b>10. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO .....</b>	<b>17</b>
<b>11. CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE E ORTODONZIA ..</b>	<b>18</b>
<b>12. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA .....</b>	<b>18</b>
<b>13. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA.....</b>	<b>18</b>
<b>14. INCLUSIONI / ESCLUSIONI .....</b>	<b>19</b>
14.1 INCLUSIONE DI FAMILIARI PER VARIAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA .....	19
14.2 NUOVE ASSUNZIONI .....	19
14.2 CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO .....	19
<b>15. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE.....</b>	<b>19</b>
<b>DATI CONSISTENZA TRIENNIO 2022-2024.....</b>	<b>21</b>

**PREMESSA**

Il presente Documento descrive e regola la stipula di una Polizza assicurativa collettiva sanitaria a favore degli Assicurati come definiti nell'articolo 2 "Persone assicurate" del "Piano sanitario Dipendenti Consortium GARR" descritto in questo documento.

**PROCEDURA ATTUATIVA**

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

La Compagnia di Assicurazione e la Stazione Appaltante verranno inoltre di seguito indicate singolarmente anche come "Parte" e collettivamente "Parti".

**DEFINIZIONI**

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

<b>Termine</b>	<b>Definizione</b>
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 documento 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	Stazione Appaltante – Consortium GARR
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 Cassa Sanitaria	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.

<b>Termine</b>	<b>Definizione</b>
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" del "Piano sanitario Dipendenti GARR" del presente documento e con corrispettivo a carico del Consortium GARR e/o degli Assicurati.

L'assicurazione sanitaria potrà 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.

La Società aggiudicataria si impegna a stipulare, con la stessa decorrenza della copertura oggetto della gara, l'estensione della Polizza a favore dei familiari richiamati nell'articolo 2 "Persone assicurate" del "Piano Sanitario Dipendenti GARR", con premio a carico dell'Assicurato e con raccolta centralizzata delle adesioni. L'ammontare del premio per i familiari dovrà essere uguale a quello offerto e aggiudicato per i dipendenti. Non dovrà essere prevista alcuna soglia minima di adesione per l'estensione della polizza a favore dei familiari.

In caso di inclusione di un componente del nucleo familiare non sarà obbligatorio l'inserimento anche di tutti gli altri componenti lo stato familiare del dipendente.

Non dovranno essere previsti per la presente procedura limiti di età per la polizza dipendenti o per la polizza concernente l'estensione facoltativa ai familiari del dipendente.

La Compagnia aggiudicataria si impegna ad indicare, nella **Relazione Tecnica** presentata nell'ambito dell'Offerta Tecnica, 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 dal Consortium GARR o direttamente dagli Assicurati, riversando gli stessi sotto forma di premio alla Società.

## **SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE COMUNI ALLE DIVERSE PARTI**

### **Art. 2.1 – Estensione territoriale**

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

### **Art. 2.2 – Oneri fiscali**

Gli oneri fiscali relativi alla Polizza sono a carico della Contraente.

### **Art. 2.3 – 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. 2.4 – Forma delle comunicazioni**

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

### **Art. 2.6 – Effetto, durata e recesso dell'assicurazione**

La polizza ha durata di 12 (dodici) mesi, rinnovabile per ulteriori 12 (dodici) mesi. Ciascuna parte può recedere con preavviso di 3 (tre) mesi. Il recesso ha effetto alla scadenza del primo anno se comunicato entro il nono mese. In assenza di recesso nei termini, il contratto si rinnova automaticamente.

### **Art. 2.7– 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. 2.8 – Modifica delle condizioni di assicurazione**

Nessuna modifica delle garanzie e delle condizioni previste dal presente documento potrà essere introdotta e/o imposta dalla Società fatte salve le variazioni consentite e disciplinate dall'art. 189 del D.LGS 36/2023.

### **Art. 2.9 - Foro competente**

Per le eventuali controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza le Parti possono

presentare domanda congiunta, oppure la parte interessata può presentare apposita domanda, presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia ed istituito presso le sedi appositamente previste, che inviterà l'altra parte ad aderire e a partecipare all'incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del D.Lgs 28/2010, nel rispetto del Regolamento di conciliazione da questo adottato. Detto Organismo, a scelta del Contraente o dell'Assicurato, ha sede nella medesima provincia ove gli Stessi risiedono.

In caso di più domande relative alla stessa controversia trova applicazione il criterio di priorità cronologica, e cioè la mediazione si svolgerà avanti l'organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza di mediazione.

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo o non venga esperito la parte interessata potrà agire in giudizio presso il Foro competente esclusivo di Roma.

#### **Art. 2.10 – 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. 2.11 – 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 (di seguito indicato anche come "GDPR") in merito al trattamento dei dati e delle informazioni sensibili relativi agli Assicurati.

#### **Art. 2.12 – Rinvio alle norme di legge**

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

#### **Art. 2.13 - Termini Di Prescrizione**

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

### **SEZIONE 3 – SINISTRI**

#### **Art. 2.5 – Pagamento del contributo**

Il premio complessivo annuale è corrisposto in anticipo, con cadenza semestrale e a titolo di acconto.

Tale acconto, per ciascun semestre, viene determinato moltiplicando il premio pro capite annuo lordo di aggiudicazione (diviso 2) per il numero di Assicurati all'inizio del Periodo Annuo, il cui costo è a carico della Contraente.

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 all'Assicuratore, se positiva; viene invece rimborsata alla Contraente se negativa.

#### **Art. 3.1 - Denuncia del sinistro**

L'Assicurato o chi per esso dovrà contattare la Centrale Operativa della Società ad un numero verde gratuito (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa dovranno essere a disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il Piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi art. 3.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società", art. 3.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" art. 3.1.3 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe

concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti art. 3.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e punto 3.8 del "Piano Sanitario Dipendenti del Consortium GARR" "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società".

### **3.1.1 Sinistri in strutture convenzionate con la Società**

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e, all'atto delle dimissioni, i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extra ricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità previste all'art. 3.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e punto 3.8 del "Piano Sanitario Dipendenti del Consortium GARR" "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società".

La Società rende disponibile e costantemente aggiornato, attraverso un sito web appositamente predisposto, un elenco con l'indicazione delle Strutture convenzionate con la Società. Le informazioni sui medici convenzionati saranno fornite tramite il numero verde.

Inoltre è fatto obbligo alla Società di comunicare al Contraente qualsiasi variazione in merito a inserimento, cancellazione di strutture sanitarie convenzionate con la Società stessa. La comunicazione dovrà essere effettuata non oltre trenta giorni da ogni intervenuta variazione e resa disponibile sul sito web della Società nel Piano sanitario riservato al GARR.

### **3.1.2 Sinistri in strutture non convenzionate con la Società**

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Società il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale, in caso di ricovero, e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra ricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Il rimborso di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato dalla Società entro 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione necessaria completa.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, con le modalità di cui al punto 3.8 del "Piano Sanitario Dipendenti del Consortium GARR" "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

### **3.1.3 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale**

Per i ricoveri e le prestazioni extra ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti art. 3.1.1

"Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o art. 3.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

### 3.1.4 Gestione documentazione di spesa

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società/Cassa

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa in originale viene conservata dalla Società e inviata all'Assicurato con cadenza mensile.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **Riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione;
- **Riepilogo trimestrale** delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate nel corso del trimestre;
- **Riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

Per sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui è sostenuta la spesa.

### **Art. 3.2 - Controversie**

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici. I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio medico sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazioni di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente. Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

### **Art. 3.3 – 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 da calcolarsi dalla data di acquisizione da parte della Società della denuncia e /o della relativa documentazione completa ed esaustiva.

Ogni altra ulteriore specifica atto a rendere più efficiente il servizio di liquidazione dei sinistri, dovrà essere esplicitata dall'Assicurazione nella **Relazione Tecnica** che fa parte dell'Offerta Tecnica.

## PIANO SANITARIO DIPENDENTI CONSORTIUM GARR

### 1. OGGETTO DELL'APPALTO PER LA COPERTURA SANITARIA DIPENDENTI CONSORTIUM GARR

L'assicurazione è operante, in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuti durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici;
- protesi ortopediche e acustiche, occhiali e lenti;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;
- cure per malattie oncologiche;
- interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero;
- cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche ed ortodonzia;
- servizi di consulenza e assistenza.

Tutte le garanzie sono operanti indipendentemente dallo stato di salute dell'Assicurato.

In conformità con il principio di continuità assicurativa, dovranno essere in ogni caso incluse in copertura prestazioni conseguenti alle malattie insorte in precedenza all'effetto del presente contratto.

### 2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti del Consortium GARR alla data indicata nel frontespizio di polizza che la Società emetterà a completamento della documentazione contrattuale.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo premio a carico del dipendente, o al coniuge o al convivente "more uxorio" ed ai familiari fiscalmente a carico e non a carico risultanti dallo stato di famiglia. Con il termine "familiari" si indicano i figli, a carico e non a carico, risultanti dallo stato di famiglia.

### 3. RICOVERO

In caso di ricovero causato da infortunio, viene sempre richiesta la presentazione di certificato di Pronto Soccorso.

#### 3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

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

a) Pre-ricovero

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

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto che partecipa all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella garanzia nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico.

d) Retta di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

In strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese sostenute sono liquidate integralmente dalla Società direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 250,00 al giorno.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore dell'Istituto di Cura.

In strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese sostenute sono liquidate integralmente dalla Società direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 100 giorni di ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

g) Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 150 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. I trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico. 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, con il limite massimo di € 1.000,00 per ricovero, le spese di:

- trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura;
- trasferimento da un Istituto di cura ad un altro;
- rientro alla propria abitazione.

### 3.3 DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital in strutture sanitarie convenzionate, la Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, applicando la franchigia indicata al successivo punto 3.8 lettera a) 2.

Per quanto riguarda l'erogazione della prestazione, nel caso di day-hospital in strutture sanitarie non convenzionate, si rimanda al successivo punto 3.8 lettera b) 3.

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

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale in strutture sanitarie convenzionate, la Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett.

a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, applicando la franchigia indicata al successivo punto 3.8 lettera a) 3.

Per quanto riguarda l'erogazione della prestazione, nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale in strutture sanitarie non convenzionate, si rimanda al successivo punto 3.8 lettera b) 3.

### 3.5 TRAPIANTO A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Piano sanitario 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, il Piano sanitario copre 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

#### a) Parto cesareo

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese, sia in strutture sanitarie convenzionate sia non convenzionate che in ambito del Servizio Sanitario Nazionale con un limite massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e nucleo da intendersi come massimale aggiuntivo a quello indicato al punto 3.10 "Massimale Assicurato" come previsto al punto indicato, ferme restando i rimborsi riconosciuti al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":

- lett. d) "Retta di degenza"
- lett. e) "Accompagnatore"

#### b) Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese, sia in strutture sanitarie convenzionate sia non convenzionate che in ambito del Servizio Sanitario Nazionale con un limite massimo di € 4.000,00 per anno assicurativo e nucleo da intendersi come massimale aggiuntivo a quello indicato alla fine del punto 3.10 "Massimale Assicurato", fermi restando i rimborsi riconosciuti al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":

- lett. d) "Retta di degenza"
- lett. e) "Accompagnatore"

### 3.7 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, e con i limiti previsti per questa garanzia, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.500,00 per anno assicurativo e per ogni assicurato.

### 3.8 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

1- Le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate, con una franchigia di **€ 2.000,00**.

2- In caso di day-hospital le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate, applicando una franchigia di **€ 600,00**.

3- In caso di intervento chirurgico ambulatoriale le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate, con una franchigia di **€ 900,00**.

Le suddette spese sono liquidate come sopra descritto, ad eccezione delle seguenti:

- 3.2 trasporto sanitario;
- 3.7 Rimpatrio della salma
- le prestazioni di cui ai punti f) dell'art. "3.1 Ricovero in Istituto di Cura";
- le prestazioni previste dall'Art. "3.6 Parto" e relativi sub-articoli;

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

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

1. In caso di ricovero con intervento chirurgico o trapianto a seguito di malattia o infortunio, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del **50%** delle spese sostenute e con un minimo non indennizzabile di **€ 6.000,00**.
2. In caso di ricovero senza intervento chirurgico, parto non cesareo e aborto terapeutico e spontaneo, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del **30%** delle spese sostenute e con un minimo non indennizzabile di **€ 4.000,00**.
3. In caso di day-hospital o intervento chirurgico ambulatoriale le spese relative ai servizi erogati vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del **30%** delle spese sostenute e con un minimo non indennizzabile di **€ 1.800,00**.

Le suddette spese sono liquidate come sopra descritto, ad eccezione delle seguenti:

Punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":

lett. d) "Retta di degenza"

lett. e) "Accompagnatore"

lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale"

Punto 3.2 "Trasporto sanitario"

Punto 3.6 "Parto"

Punto 3.7 "Rimpatrio della salma"

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

#### c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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

Qualora l'Assicurato sostenga 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 sarà corrisposta "l'Indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute saranno pagate o rimborsate secondo quanto indicato nel presente articolo 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".

### **3.9 INDENNITÀ SOSTITUTIVA**

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ed esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 200,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 60 giorni per ogni ricovero.

Tale indennità spetta anche nel caso in cui, in alternativa o in concorrenza con il ricovero in Strutture del S.S.N., l'Assicurato ricorra, su indicazione della Struttura del Servizio Sanitario Nazionale, alle seguenti forme di assistenza sanitaria domiciliare:

- Ospedalizzazione a domicilio (Home Care) - con la quale l'Ospedale si fa carico dell'assistenza inviando a casa del paziente personale medico ed infermieristico;
- Dimissione domiciliare protetta (DDP) - con la quale l'Ospedale provvede ad una dimissione tempestiva, indicando le necessità del paziente e le apparecchiature necessarie e la ASL di appartenenza provvede alla loro fornitura e alla assistenza con proprio personale.

### **3.10 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO**

Nel caso di avvenuto ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, è facoltà dell'Assicurato richiedere un anticipo sulle spese preventivate, in misura non superiore al 90% delle stesse e previa presentazione alla Società di idonea documentazione. L'anticipo verrà corrisposto dalla Società mediamente

entro 5 giorni dalla data di ricezione della documentazione necessaria. A cura ultimata, previa presentazione da parte dell'Assicurato delle notule di spesa in originale, la Società, in sede di liquidazione del sinistro, procederà al relativo conguaglio. Qualora l'assicurato sia in condizione di fornire alla Società l'ammontare preciso del rimborso su dichiarazione dell'Istituto di cura, la Società corrisponderà l'anticipo fino al 100% della spesa sostenuta nei limiti contrattuali.

#### **MASSIMALE ASSICURATO DELL'AREA RICOVERO**

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo per tutte le coperture dell'Area Ricovero, che ammonta a **€ 150.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare.

#### **4. ALTA SPECIALIZZAZIONE**

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

##### **Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)**

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERPC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia Splenoportografia
- Telecuore
- Tomoxerografia
- Tomografia torace
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

##### **Accertamenti**

- Colonscopia
- Colposcopia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Densitometria ossea computerizzata (DOC)
- Diagnostica Radiologica
- Dacriocistotac
- Discografia
- Doppler

- Duodenoscopia
- Elettroencefalografia
- Endoscopia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Gastrosocopia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC)
- Pneumoencefalografia
- Prelievo dei villi coriali
- Amniocentesi
- Bilancio ormonale
- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

#### **Terapie**

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate per nucleo familiare è di euro 5.000,00.**

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 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 all'Assicurato con un minimo non indennizzabile di € 35,00 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 ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

#### **5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per visite specialistiche, esami e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prescrizione 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 convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 25,00 per fattura. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di € 35,00 per ogni visita specialistica, esame o accertamento diagnostico.

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

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

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate per nucleo familiare è pari a €1.500,00 per nucleo familiare.**

La Società rimborsa, con uno scoperto del 20%, le spese sostenute per l'acquisto di protesi ortopediche ed acustiche.

## **6. LENTI E OCCHIALI**

Il Piano sanitario rimborsa all'Isritto le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura.

Le spese sostenute verranno rimborsate integralmente.

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

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 200,00 per persona.

## **7. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO**

La Società provvede al rimborso delle spese per trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di base" e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

In strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati:

pagamento diretto da parte della Società alla struttura per le prestazioni erogate senza applicazione di franchigie o scoperti.

In strutture sanitarie private non convenzionate o effettuate da personale non convenzionato con la Società: rimborso delle spese sostenute con applicazione di una franchigia di € 100,00 per ogni ciclo di terapia.

In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate:

rimborso integrale dei ticket sanitari nel limite del massimale assicurato.

**Il massimale annuo assicurato è pari a € 1.000,00 per nucleo familiare.**

## **8. CURE PER MALATTIE ONCOLOGICHE**

In caso di malattie oncologiche, la Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per visite, esami ed accertamenti diagnostici e terapie oncologiche, anche farmacologiche.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente l'indicazione della 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 avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20%.

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

**Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare, da intendersi come massimale aggiuntivo a quanto già previsto al massimale assicurato dell'area ricovero subito dopo l'art. 3.10 del Piano sanitario Dipendenti Consortium GARR.**

### **9. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO**

La Società, in presenza di certificato di Pronto Soccorso, liquida le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio.

In strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati:

- pagamento diretto da parte della Società alla struttura ad eccezione di uno scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società.

In strutture sanitarie private non convenzionate o effettuate da personale non convenzionato con la Società:

- rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura/persona.

In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate:

-rimborso integrale dei ticket sanitari.

**Il massimale annuo assicurato è pari a € 1.500,00 per nucleo familiare.**

### **10. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO**

In deroga a quanto previsto al successivo paragrafo 15 – ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE, la Società liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

- osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso

- cisti follicolari

- cisti radicolari

- adamantinoma

- odontoma

- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;

- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

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

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

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 è pari a € 1.500,00 per nucleo familiare.**

### **11. CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE E ORTODONZIA**

La Società provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative, in strutture convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

Rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

In strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati:

- pagamento diretto da parte della Società alla struttura ad eccezione di uno scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società.

**Il massimale annuo assicurato è pari a € 400,00 per nucleo familiare.**

### **12. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA**

#### In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa della Società aggiudicataria telefonando al numero verde dedicato dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia.

#### a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

- strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni);
- strutture sanitarie e medici convenzionati;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero;
- 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.

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando per tutto l'arco delle 24 ore all'apposito numero verde Dall'estero occorre comporre l'apposito numero:

#### 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.

### **13. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

La copertura per i dipendenti e per i familiari avrà effetto in via presuntiva dalle ore 24.00 del 01/01/2026 sia in forma rimborsabile che in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società. Al riguardo, entro una settimana prima della data di effetto polizza, il GARR invierà alla Società un elenco contenente i dati

anagrafici di tutti i propri dipendenti in servizio nonché di tutti i potenziali utilizzatori delle prestazioni oggetto del presente documento.

#### **14. INCLUSIONI / ESCLUSIONI**

##### **14.1 INCLUSIONE DI FAMILIARI PER VARIAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA**

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

##### **14.2 NUOVE ASSUNZIONI**

Nel caso di nuove assunzioni, la garanzia per il dipendente e per gli eventuali familiari, come indicati al punto 2 "Persone assicurate", secondo capoverso, decorre dal giorno dell'assunzione/attribuzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 60 giorni; qualora l'assunzione/attribuzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società. Qualora il dipendente intenda inserire l'eventuale coniuge, la persona unita civilmente o il convivente "more uxorio" e i familiari fiscalmente a carico e non a carico risultanti dallo stato di famiglia, 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 contributo

Relativamente alle inclusioni e variazione nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 1 e 2 del presente articolo, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecento sessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione/variazione al termine del periodo assicurativo in corso.

##### **14.2 CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO**

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari iscritti vengono mantenuti nella copertura sino ad un massimo di 30 giorni dalla data di cessazione del rapporto di lavoro.

#### **15. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE**

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici\* o di malformazioni\*\* preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la copertura opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici fatto salvo quanto previsto ai paragrafi 9 "Cure dentarie da infortunio", 10 "Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero" e 11 "Odontoiatria/Ortodonzia";
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'iscritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.

Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Isritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il freeclimbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Limitatamente alle prestazioni previste ai paragrafi 9 "Cure dentarie da infortunio", 10 "Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero" e 11 "Odontoiatria/Ortodonzia" il Piano sanitario non è operante per:

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

*\* Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.*

*\*\*Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico*

**DATI CONSISTENZA TRIENNIO 2022-2024**

Il numero di dipendenti beneficiari della polizza nel corso delle ultime tre annualità è il seguente:

Anno	N. unità
2022	77
2023	80
2024	77

Il numero di nuclei che hanno aderito alla copertura nelle ultime tre annualità è il seguente:

Anno	N. unità
2022	7
2023	7
2024	4

Si riportano delle tabelle, suddivise per anno, contenenti la distribuzione per sesso e classi di età delle ultime 3 annualità:

2022	<25	25-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	Tot.
M	0	5	4	6	12	11	8	3	1	0	0	0	1	51
F	2	0	0	4	4	8	5	3	0	0	0	0	0	26
														<b>77</b>

2023	<25	25-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	Tot.
M	2	7	3	6	9	12	10	4	1	0	0	0	1	55
F	2	1	0	3	3	6	5	5	0	0	0	0	0	25
														<b>80</b>

2024	<25	25-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	Tot.
M	2	5	4	7	7	11	10	5	1	0	0	0	1	53
F	2	1	0	3	2	5	6	5	0	0	0	0	0	24
														<b>77</b>