

**MINISTERO DELL'INTERNO
DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA**

Contratto in forma pubblica amministrativa stipulato a seguito di procedura di gara d'appalto, esperita ai sensi dell'articolo 60 del D. Lgs. n. 50 del 18/04/2016, e realizzata in modalità ASP con codice iniziativa nr. 3022170 per il “Servizio di copertura assicurativa integrativa e complementare a favore del personale della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria, sia in servizio che in quiescenza, ed i loro familiari, in lotto unico, dalle ore 24:00 del 01/01/2023 alle ore 24:00 del 31/12/2023” - CIG 9256143AD5

REPUBBLICA ITALIANA

L'anno duemilaventidue addì 1 del mese di dicembre in Roma, nella sede del Ministero dell'Interno, sita in Via del Castro Pretorio n. 5, avanti a me dott.ssa Cristina Fatini, Ufficiale Rogante del Dipartimento della Pubblica Sicurezza, come da Decreto del Capo della Polizia - Direttore Generale della Pubblica Sicurezza, datato 4 novembre 2020– prot. n. 0063813, senza l'assistenza dei testimoni per avervi le parti contraenti appresso indicate, di comune accordo e con il mio consenso, rinunciato, sono presenti:

1) la Dott.ssa Clara VACCARO, agente in nome e per conto del Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza, come da Decreto del Ministro dell'Interno datato 09/08/2018, la quale dichiara che l'Amministrazione rappresentata è iscritta alla partita fiscale n. 80202230589;

2) il Sig. Walter MARTUCCI nato a Roma, il 05/02/1961 nella sua qualità di Amministratore Delegato e legale rappresentante del Fondo Sanitario CASPIE – Cassa di Assistenza Sanitaria, con sede legale in Roma, il quale dichiara che il Fondo Sanitario CASPIE – Cassa di Assistenza Sanitaria rappresentata è iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 al n. 0022126-29/10/2021-DGPROGS-DGPROGS-UFF02-P codice fiscale n. 97288610583, domicilio fiscale e sede legale in via Giuseppe Mercalli nr. 80 – 00197 Roma PEC: cassasanitaria@pec.caspie.eu

I predetti, della cui identità personale io Ufficiale Rogante mi sono accertato, sono in possesso dei requisiti di legge e con me stipulano il presente contratto, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti.

PREMESSO

- a) che il Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza, con determina a contrarre n. 0054763 del 27/05/2022, ha manifestato l'intendimento di avviare una procedura aperta ad evidenza pubblica, ai sensi dell'articolo 60 del D. Lgs n.50 del 18 aprile 2016, realizzata mediante ricorso all'Application Server Provider della Pubblica Amministrazione" ASP codice iniziativa 3022170, per un "Servizio di copertura assicurativa integrativa e complementare a favore del personale della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria, sia in servizio che in quiescenza, ed i loro familiari, in lotto unico, dalle ore 24:00 del 01/01/2023 alle ore 24:00 del 31/12/2023", da aggiudicare con il criterio del "minor prezzo" ai sensi dell'art. 95, comma 4, del menzionato D. Lgs n.50/2016, in considerazione dell'alto livello di standardizzazione del servizio, con base d'asta stimata complessivamente in €. 9.855.100,00 comprensivo di oneri fiscali previsti dalla legge;
- b) che pertanto, si è proceduto mediante apposito bando di gara, pubblicato sulla G.U.E.E. n. GU/S S107-299414-2022 del 03/06/2022 ad esperire una procedura aperta, da aggiudicare con il criterio del minor prezzo, ai sensi dell'articolo 95 comma 4 del D. Lgs. n.50/2016, dandone massima pubblicità con pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – 5^ Serie Speciale - Contratti Pubblici n. 67 del 10/06/2022 e per estratto su quattro quotidiani, di cui due aventi particolare diffusione nella regione Lazio;
- c) che l'Amministrazione, a seguito dell'unica offerta presentata, è venuta nella determinazione di aggiudicare la fornitura di che trattasi al Fondo Sanitario CASPIE – Cassa di Assistenza Sanitaria, con sede in via Giuseppe Mercalli nr. 80 – 00197 Roma , in avvalimento con POSTE ASSICURA S.p.a. con sede in Roma Viale Europa n. 190 iscritta nel Registro delle Imprese di Roma al n. RM-1013058 , CF e P.IVA 07140521001, al prezzo complessivo di €. 8.946.459,78 (compresi oneri fiscali previsti dalla legge), così ripartito: 1) personale Polizia di Stato €. 4.440.276,75; 2) personale Guardia di Finanza €. 2.272.009,90; 3) personale Polizia Penitenziaria €. 1.764.173,13;
- d) che il Fondo viene indicato per brevità "Impresa" o "Soggetto Assicuratore" ed il Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza – viene indicato con la parola "Amministrazione".

Tanto premesso si conviene e si stipula quanto segue:

Articolo 1

(Oggetto del contratto)

Il Fondo Sanitario CASPIE – Cassa di Assistenza Sanitaria con sede in via Giuseppe Mercalli nr. 80 – 00197 Roma, in avvalimento con POSTE ASSICURA S.p.a, **per il periodo 01 gennaio 2023 – 31 dicembre 2023** si impegna, con il presente contratto, nella più ampia e valida forma legale, a fornire, al prezzo di **€. 4.440.276,75** (compresi oneri fiscali previsti dalla legge) il seguente “servizio”: Copertura assicurativa per l’assistenza sanitaria complementare e integrativa, a favore del personale della Polizia di Stato, sia in servizio che in quiescenza, e i loro familiari, in lotto unico (dalle ore 24:00 del 01/01/2023 alle ore 24:00 del 31/12/2023), con le distinte modalità , riportate ai successivi art. 5, art. 6, art. 7, art. 8 e art. 9 del presente atto come meglio dettagliate nel *Capitolato Tecnico* allegato (**All. 1**) e nello *Schema di quotazione Polizze aggiuntive* presentato in gara (**All. 2**), che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto.

La “prestazione principale” consiste nella liquidazione diretta o nel rimborso delle spese sanitarie rese necessarie in conseguenza di infortunio, malattia, di tutte le malattie concomitanti/derivanti e/o conseguenti, nonché le prestazioni sanitarie, ciascuna con i relativi massimali di copertura, franchigie e scoperti, puntualmente descritti nel presente contratto e nel capitolato tecnico posto alla base della procedura e allegato, che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

In deroga al disposto dell’articolo 1901 c.c., la garanzia della prestazione deve intendersi valida ed efficace, indipendentemente dall’effettivo pagamento dei premi assicurativi di cui ai successivi art. 3,19,20.

Ai sensi dell’art. 2952 c.c., il diritto dell’assistito si prescrive in due anni dalla data del sinistro. Il termine di prescrizione viene interrotto da ogni comunicazione attestante la volontà di richiedere l’indennizzo previsto a termini del Piano Sanitario.

Articolo 2

(Norme regolatrici del contratto)

Per il presente contratto vengono osservate le seguenti norme:

- a) la Legge per l’amministrazione del patrimonio e per la contabilità generale dello Stato (regio decreto 18 novembre 1923, n. 2440) e successive modificazioni;

- b) il Regolamento per l'amministrazione del patrimonio e per la contabilità generale dello Stato (regio decreto 23 maggio 1924, n. 827) e successive modificazioni;
- c) le Condizioni Generali d'Oneri per gli acquisti e le lavorazioni dei materiali di vestiario, equipaggiamento, Servizi Generali e Casermaggio per la Polizia di Stato, approvate con decreto del Ministro dello Interno n. 99.9687.AG.11 del 28 marzo 1953, registrato alla Corte dei Conti il 29 maggio 1953, per quanto applicabili;
- d) il decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 1992, n. 417, recante il Regolamento di amministrazione e di contabilità dell'Amministrazione della pubblica sicurezza;
- e) il D. Lgs. n. 50/2016 e successive modificazioni ed integrazioni;
- f) il D.P.R. n. 207 del 5/10/2010, in quanto applicabile ai sensi dell'art.217, comma 1, lettera u) del D. Lgs. n.50/2016;
- g) il D. Lgs. n.159 del 6/9/2011 e ss.mm.ii.;
- h) il "Codice delle Assicurazioni" di cui al D.Lgs 7/9/2005 n. 209 e successive modificazioni ed integrazioni;
- i) le disposizioni previste dal Codice civile e dalle Leggi speciali, per quanto non espressamente regolato dalle leggi e dai regolamenti di cui ai precedenti punti a), b), c), d), e), f), g) e h) in quanto compatibili con la Legge ed il Regolamento di Contabilità Generale dello Stato.

Il Fondo contraente dichiara di conoscere e di accettare, in ogni loro parte, tutte le normative di cui ai predetti punti a), b), c), d) e), f), g), h) e i) che si intendono qui integralmente trascritte, senza, peraltro, che siano allegate al contratto, ai sensi dell'articolo 99 del Regolamento per l'Amministrazione del Patrimonio e per la Contabilità Generale dello Stato.

Articolo 3

(Modalità di esecuzione)

L'Assicurazione Sanitaria si intende prestata dall'Amministrazione a favore di tutto il personale in servizio della Polizia di Stato.

L'elenco del personale assicurato, predisposto dall'Amministrazione per il personale di appartenenza, viene consegnato al Soggetto Assicuratore su supporto informatico – CDROM contestualmente alla stipula del presente atto e seppur non allegato ne costituisce parte integrante e sostanziale. ai sensi dell'articolo 99 del Regolamento per l'Amministrazione del Patrimonio e per la Contabilità Generale dello Stato.

Il numero del personale indicato negli atti di gara pari a **n. 97825 appartenenti alla Polizia di Stato** determina il premio da versare al Soggetto Assicuratore, che verrà corrisposto mediante due rate semestrali anticipate, con le modalità di cui ai successivi art. 19 e 20.

Le parti espressamente concordano che la composizione di tali elenchi possa variare nel corso dell'annualità assicurativa per effetto di inclusioni/esclusioni.

In caso di inclusioni, l'Amministrazione attraverso il Direttore dell'Esecuzione del Contratto *entro 30 giorni* dalla data di effettiva immissione del personale in servizio, dovrà comunicare al Soggetto Assicuratore il nominativo ed i dati del nuovo Assicurato.

Allo stesso modo l'Amministrazione attraverso il Direttore dell'Esecuzione del Contratto, *entro 30 giorni*, dovrà comunicare i nominativi ed i dati dei soggetti esclusi a qualsiasi titolo.

Nelle ipotesi di variazioni in aumento, l'Amministrazione provvederà al pagamento del conseguente regolamento premio con le modalità dettagliate ai successivi art. 19 e 20 del presente atto.

Articolo 4

(Adempimenti antimafia e subappalto)

La stipula del presente atto viene eseguita sotto l'osservanza degli adempimenti antimafia previsti, da ultimo, dal decreto legislativo n. 159/2011, come integrato dal decreto legislativo n. 218/2012.

Si procede alla stipula in presenza di richiesta di Informazioni antimafia alla Banca Dati Nazionale Antimafia (B.D.N.A.) – PR RMUTG _Ingresso_ 0443529 del 28/11/2022.

Tuttavia l'acquisizione successiva di elementi relativi a tentativi di infiltrazione mafiosa o di una delle cause previste dall'art.67 del D.Lgs.n.159 del 6/9/2011 darà luogo alla risoluzione immediata e automatica del presente contratto.

L'impresa ha richiesto in sede di gara di far ricorso al subappalto, per una quota non superiore al 20% dell'importo complessivo, con la società CASPIE SERVIZI SRL (P.Iva. 1349269100).

E' ammesso il ricorso al subappalto, nel rispetto dell'art. 105 del Codice, previa autorizzazione dell'Amministrazione, nella misura, alle condizioni, con i limiti e le modalità della stessa norma.

Non si configurano come attività cedute in subappalto le prestazioni rese in favore dei soggetti affidatari in forza di contratti continuativi di cooperazione, servizio o fornitura precedenti all'indizione della gara di cui alle premesse del presente contratto.

Tale contratto è depositato presso la stazione appaltante contestualmente alla sottoscrizione del presente contratto.

L'impresa rimane in ogni caso responsabile in via esclusiva della corretta esecuzione degli obblighi contrattuali nei confronti dell'Amministrazione, anche per quelle attività svolte da aziende subappaltatrici.

L'esecuzione delle prestazioni affidate in subappalto non può formare oggetto di ulteriore subappalto. L'Amministrazione si riserva la facoltà di risolvere il presente contratto e procedere ad esecuzione in danno, nel caso in cui fossero rilevati subappalti non autorizzati nel corso dell'esecuzione del contratto stesso.

Articolo 5

(Assicurazione obbligatoria a carico dell'Amministrazione)

Il Piano di Assistenza Sanitaria oggetto del contratto è prestato a favore del personale della Polizia di Stato, indipendentemente dall'età e dalle condizioni fisiche e dalle patologie preesistenti degli assicurati, così come previsto dall'art. 3 del Capitolato Tecnico in favore del personale in servizio, compresi gli allievi, d'ora in avanti rispettivamente denominati **“Polizza BASE”** e **“assistiti Polizza BASE”**.

Per il suddetto personale il premio pro capite lordo, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione è pari ad € 45,39 e sarà completamente a carico dell'Amministrazione.

Articolo 6

(Estensione facoltativa ai familiari del personale in servizio)

Il Soggetto Assicuratore dovrà altresì consentire, alle stesse condizioni tecniche previste per la “Polizza BASE”, la sottoscrizione della citata “Polizza BASE”, anche da parte del nucleo familiare del personale assistito, intendendosi per nucleo familiare (d'ora in poi **“Polizza Estesa 1”** e **“Assistiti Polizza Estesa 1”**) il coniuge non legalmente separato o divorziato, l'unito civilmente, il convivente *more uxorio* e i figli conviventi – legittimi o legittimati o naturali o adottivi – purché risultanti dal certificato di famiglia dell'assistito Polizza Base”. Nel nucleo sono, inoltre, compresi i figli non conviventi, purché studenti, fino a 26 anni di età e identificabili attraverso i dati fiscali (dichiarazioni dei redditi).

Le segnalazioni per le adesioni relative ai familiari, cui verrà estesa la copertura, saranno effettuate direttamente dagli interessati producendo la richiesta documentazione probante.

Il premio pro capite lordo, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione, pari ad € **108,00** sarà completamente a carico dell'assistito/interessato che ne farà richiesta.

Articolo 7

(Estensione facoltativa al personale in quiescenza)

Il Soggetto Assicuratore dovrà inoltre consentire, alle stesse condizioni tecniche previste per la “Polizza Base”, la sottoscrizione della citata Polizza Base, anche da parte del personale della Polizia di Stato in “quiescenza” (d’ora in poi “**Polizza Estesa 2**, e “**Assistiti Polizza Estesa 2**”).

Le segnalazioni relative al personale in quiescenza cui verrà estesa la copertura, saranno effettuate direttamente dagli interessati producendo la richiesta documentazione probante.

Il premio pro-capite lordo, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione, pari ad € **165,00** sarà completamente a carico dell’assistito/interessato che ne farà richiesta.

Articolo 8

(Estensione facoltativa ai familiari del personale in quiescenza)

Il Soggetto Assicuratore dovrà inoltre consentire alle stesse condizioni tecniche previste per la “Polizza Base” la sottoscrizione della citata Polizza Base, anche da parte del nucleo familiare del personale in quiescenza assistito, intendendosi per nucleo familiare (d’ora in poi “**Polizza Estesa 3**” e “**Assistiti Polizza Estesa 3**”) il coniuge non legalmente separato o divorziato, l’unito civilmente, il convivente *more uxorio* e i figli conviventi – legittimi o legittimati o naturali o adottivi – purché risultanti dal certificato di famiglia dell’assistito Polizza Base”.

Nel nucleo sono, inoltre, compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età e identificabili attraverso i dati fiscali (dichiarazioni dei redditi).

Le segnalazioni relative ai familiari del personale in quiescenza, cui verrà estesa la copertura, saranno effettuate direttamente dagli interessati producendo la richiesta documentazione probante.

Il premio pro-capite lordo, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione, pari ad € **165,00** sarà completamente a carico dell’assistito/interessato che ne farà richiesta.

Articolo 9

(Estensione polizza FULL GOLD E FULL PREMIUM)

Il Soggetto Assicuratore si obbliga infine a fornire ulteriori due servizi di assistenza sanitaria aggiuntivi (d’ora in poi **Polizza FULL GOLD e Polizza FULL PREMIUM**) con le prestazioni (descritte nel Capitolato Tecnico) ulteriori rispetto a quelle previste dalla Polizza Base, al premio pro- capite annuo lordo, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione, indicato in sede di presentazione dell’offerta e pari a:

per la **POLIZZA FULL GOLD** come di seguito specificato:

- a. personale della Polizia di Stato in servizio: € 1.480,00;

- b. nucleo familiare del Personale della Polizia di Stato in servizio € 1.480,00;
- c. personale in quiescenza della Polizia di Stato: € 2.260,00;
- d. nucleo familiare del Personale in quiescenza della Polizia di Stato: € 2.260,00.

per la **POLIZZA FULL PLATINUM** come di seguito specificato:

- e. personale della Polizia di Stato in servizio: € 1.950,00;
- f. nucleo familiare del Personale della Polizia di Stato in servizio € 1.950,00;
- g. personale in quiescenza della Polizia di Stato: € 3.000,00;
- h. nucleo familiare del Personale in quiescenza della Polizia di Stato: € 3.000,00.

I premi per la **Polizza FULL GOLD** e la **Polizza FULL PREMIUM** rimarranno completamente a carico dell'assistito/interessato che ne farà richiesta.

Il Soggetto Assicuratore dovrà consentire la sottoscrizione delle suddette Polizze FULL GOLD e FULL PREMIUM, alle condizioni tecniche ed economiche fissate nel capitolato tecnico e nel presente Contratto, a tutti i beneficiari/assistiti delle polizze Base ed Estesa 1-2-3 (personale in servizio, nucleo familiare del personale in servizio, personale in quiescenza, nucleo familiare del personale in quiescenza, d'ora in poi "**Polizza FULL GOLD-PREMIUM**" e "**Assistiti Polizza FULL GOLD-PREMIUM**"), intendendosi per nucleo familiare il coniuge non legalmente separato o divorziato, l'unito civilmente, il convivente more uxorio e i figli conviventi – legittimi o legittimati o naturali o adottivi – purché risultanti dal certificato di famiglia dell'assistito".

Nel nucleo sono, inoltre, compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età e identificabili attraverso i dati fiscali (dichiarazioni dei redditi).

Articolo 10

(Condizioni e contributi)

Nell'ambito delle citate polizze, l'assicurazione/assistenza è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche;
- senza limitazioni territoriali per tutti gli assistiti;
- per gli Assistiti Polizza Estesa 2 e Polizza Estesa 3" fino al compimento del 75° anno di età.

Gli Assicurati/Assistiti sono esonerati dal dichiarare al Soggetto Assicuratore l'eventuale esistenza di altre assistenze/polizze di cui beneficiano per il medesimo rischio.

Nel caso dell'assistenza prestata a favore del nucleo familiare del personale in servizio, del personale in quiescenza e del nucleo familiare del personale in quiescenza, il premio annuale lordo pro-capite, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione, sarà completamente a carico dell'assistito che ha fatto richiesta di aderire al Piano Sanitario.

Per la POLIZZA FULL (GOLD e PLATINUM), il premio annuale lordo pro capite, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione, sarà completamente a carico dell'assistito che ha fatto richiesta di aderire.

Si precisa che l'importo del premio da versare per le polizze FULL è aggiuntivo rispetto a (vale a dire NON include) quello corrisposto dalle singole Amministrazioni o dall'assistito per la Polizza Base.

Articolo 11

(Copertura assicurativa del rischio)

La CASPIE - CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA, in ragione della dichiarazione (datata 12.7.2022) presentata in sede di gara, con riferimento alla gestione del rischio assunto, ha evidenziato che lo stesso è trasferito alla società POSTE ASSICURA S.P.A. (partita IVA 07140521001), con sede in Roma, Viale Europa n. 190. La citata dichiarazione, sottoscritta digitalmente dai soggetti indicati, è agli atti della Direzione Approvvigionamenti.

Con il predetto impegno, la società Poste Assicura S.p.a. copre il 100% del rischio assunto e discendente dal presente atto negoziale.

A fronte di tale impegno, la società contraente ha fornito il contratto di assicurazione di secondo grado di rimborso spese mediche in forma collettiva stipulato tra la Caspie Cassa di Assistenza sanitaria e Poste Assicura (polizza n. 90254 – periodo copertura dal 1.1.2023 al 31.12.203).

Articolo 12

(Controversie e collegio arbitrale medico)

Tutte le vertenze tra assicurato e Soggetto Assicuratore, riguardanti eventuali disaccordi sulle cause e sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, verranno definite da un Collegio Arbitrale che fisserà la propria sede di lavoro, inderogabilmente, in Italia; la sede potrà essere quella dell'Impresa.

Il Collegio è composto da tre medici: uno nominato dall' Impresa, uno nominato dall'infortunato o aventi causa, uno nominato d'accordo tra i due primi o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni della polizza, decidono a maggioranza come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria. Le loro decisioni inappellabili impegnano le parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

Ciascuna delle parti sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

Articolo 13

(Durata del contratto)

La copertura assicurativa, di cui al presente contratto, avrà la durata di **un anno** e decorre **dalle ore 24.00 del giorno 01/01/2023 alle ore 24.00 del giorno 31/12/2023**, senza tacito rinnovo alla sua naturale scadenza. Nel caso in cui alla data di decorrenza iniziale non sia ancora intervenuta la registrazione del presente contratto da parte degli Organi di Controllo a ciò deputati, si darà corso alla sua esecuzione anticipata ai sensi dell'art. 32 comma 8 del D. Lgs. 50/2016.

L'Amministrazione si riserva la facoltà unilaterale di risolvere anche formalmente, in qualsiasi momento, il rapporto assicurativo, per motivi di pubblico interesse, senza che l'Impresa possa avanzare pretese di sorta per l'anticipata risoluzione del rapporto.

In caso di risoluzione contrattuale per motivi di "pubblico interesse" l'Amministrazione dovrà darne comunicazione scritta almeno 30 (trenta) giorni prima.

In caso di risoluzione il premio verrà commisurato al periodo di durata effettiva della copertura prestata senza che l'Impresa possa avanzare pretese per l'anticipata parziale o totale risoluzione del rapporto.

Il premio pro-capite sia della polizza base, che delle estensioni 1-2-3 e delle Polizze FULL GOLD-PREMIUM rimarrà invariato a prescindere dalla durata del presente contratto e dalla eventuale riduzione del capitale.

Articolo 14

(Condizioni generali)

1. Per tutto quanto non espressamente contemplato nel presente contratto valgono le disposizioni del codice civile in materia di assicurazioni e del "Codice delle Assicurazioni".

2. L'Impresa aggiudicataria rinuncia sin d'ora ad ogni pretesa inerente l'aggravamento del rischio e quindi ad eventuali richieste di revisione del premio e di altre clausole contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti ed ai massimali assicurati. L'Impresa altresì rinuncia espressamente, come consentito dall'art. 1932, comma 1, c.c., alle facoltà di recesso previste dagli artt. 1893, comma 1, c.c. e 1898 c.c.

3. Il servizio di cui trattasi si intende, altresì, vincolato a tutti i patti, oneri e condizioni contemplati ed espressi nelle norme regolatrici del contratto riportate all'articolo 2.

4. L'Impresa dichiara di ben conoscere dette disposizioni per averle lette ed esaminate e di accettarle in ogni loro parte.

Articolo 15

(Recesso dell'Amministrazione – Risoluzione del contratto)

Ai sensi dell'art. 109 del Codice, è in facoltà dell'Amministrazione, previa formale comunicazione da darsi con preavviso non inferiore a 20 (venti) giorni, recedere dal presente contratto in qualunque tempo, previo pagamento delle prestazioni eseguite, oltre al decimo dell'importo delle prestazioni non eseguite.

Il decimo dell'importo delle prestazioni non eseguite è calcolato sulla differenza tra l'importo dei quattro quinti del prezzo posto a base di gara, depurato del ribasso d'asta, e l'ammontare netto delle prestazioni eseguite.

In ossequio al disposto di cui all'art. 1, comma 13, del D.L. n. 95/2012, convertito con modificazioni dalla legge 7/8/2012, n. 135, l'Amministrazione si riserva il diritto di recedere in qualsiasi tempo dal contratto, previa formale comunicazione all'Impresa con preavviso non inferiore a quindici giorni e previo pagamento delle prestazioni già eseguite, oltre al decimo delle prestazioni non ancora eseguite, nel caso in cui, tenuto conto anche dell'importo per le prestazioni non ancora eseguite, i parametri delle intervenute convenzioni stipulate da CONSIP S.p.A., ai sensi dell'art. 26, comma 1, della Legge 23/12/1999, n. 488, siano migliorativi rispetto a quelli del presente contratto e l'Impresa non acconsenta ad una modifica, proposta da Consip S.p.A., delle condizioni economiche tali da rispettare il limite di cui all'art. 26, comma 3, della legge citata.

Ai sensi dell'art. 92, comma 3, del d.lgs. n. 159/2011 (Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136), si procede alla stipula del presente contratto anche in assenza dell'informativa antimafia.

L'Amministrazione recederà dal contratto nell'ipotesi di esito positivo dell'informazione antimafia, fatti salvi il pagamento del valore delle prestazioni già eseguite e il rimborso delle spese sostenute per l'esecuzione del rimanente, nei limiti delle utilità conseguite, ai sensi dell'art. 92, comma 4, del citato d.lgs.

Articolo 16

(Clausola risolutiva espressa)

1. Il contratto si risolverà automaticamente ai sensi dell'articolo 1456 c.c. nei seguenti casi:

- a) cessazione di attività, dichiarazione di fallimento;
- b) interruzione, anche momentanea, del servizio per qualsiasi motivo;
- c) malafede, frode o negligenza, nella esecuzione del contratto da parte del contraente nonché mancata reintegrazione del deposito cauzionale;

- d) ogni altra grave inadempienza contrattuale.
2. L'affidamento a terzi, in caso di esecuzione in danno, è notificato al contraente inadempiente con indicazione dei nuovi termini di esecuzione del contratto e del relativo importo.
 3. Il contraente inadempiente è tenuto a rimborsare all'Amministrazione le maggiori spese sostenute rispetto a quelle previste dal contratto. Nel caso di minor spesa, nulla compete al contraente inadempiente.
 4. L'esecuzione in danno non esime l'impresa dalle responsabilità civile e penale in cui la stessa possa incorrere a norma di legge per i fatti che hanno motivato la risoluzione.
 5. L'Impresa che ricada, durante l'esecuzione del contratto, nella situazione sopra descritta, verrà segnalata all'ANAC per le sanzioni di competenza.

Articolo 17

(Patto di integrità e Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero Interno)

Le parti dichiarano di conformarsi agli obblighi contenuti nell'unito "Patto di integrità" (**All.3**) predisposto nel rispetto del disposto normativo di cui all'art. 1, comma 17, della Legge n. 190/2012 ed allegato al presente atto negoziale e nel Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero dell' Interno, che si intende qui integralmente richiamato e trascritto senza, peraltro, essere allegato al presente contratto ai sensi dell'art.99 del regolamento per l'Amministrazione del Patrimonio e per la Contabilità Generale dello Stato, impegnandosi reciprocamente ad improntare i rispettivi comportamenti ai principi di trasparenza e correttezza in essi contenuti.

Articolo 18

(Penalità)

Il Direttore dell'Esecuzione del Contratto, notificherà formale diffida, a mezzo PEC, al Fondo Sanitario CASPIE – Cassa di Assistenza Sanitaria, quando, durante lo svolgimento del servizio, esso dia motivo a rilievi per negligenze ed inadempienze delle clausole contrattuali e/o al mancato rispetto delle condizioni di servizio, previste dal Capitolato tecnico, con particolare riferimento a quanto ivi indicato ai punti 7.a) e 7.b) relativamente ai termini di attivazione dell'assistenza diretta e di rimborso in caso di assistenza indiretta -

Ove il Soggetto assicuratore, nel corso dello stesso anno, incorra in più diffide per negligenza ed inadempienza, l'Amministrazione ha facoltà di segnalarlo all'ANAC, per gli atti di competenza in tema di esclusione dalle gare.

Sulla base della gravità delle eventuali inadempienze accertate, il Direttore dell'Esecuzione del Contratto, provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo PEC assegnando al Soggetto Assicuratore un termine massimo di 10 giorni consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni.

Laddove il Soggetto Assicuratore persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale in misura giornaliera, corrispondente all'1 per mille del valore del contratto per ritardi compresi tra 1 (uno) e 100 (cento) giorni.

L'ammontare complessivo delle penalità inflitte non potrà, in ogni caso, superare il 10% dell'importo contrattuale.

Il Soggetto Assicuratore, con cadenza trimestrale e in ogni caso tre mesi prima della scadenza contrattuale, invierà all'Amministrazione un elenco aggiornato dello stato di avanzamento dei sinistri denunciati dal *personale in servizio* e finalizzate esclusivamente alle prestazioni ricomprese nella *Polizza Base*, a partire dalla data di decorrenza del contratto, tramite una tabella, elaborata sia in formato excel modificabile che in pdf non modificabile, contenente i seguenti dati:

- numero del sinistro;
- data di accadimento;
- luogo (Regione) e data della denuncia;
- sesso ed età dell'assicurato;
- tipologia di avvenimento (es: ricovero, visita, accertamento diagnostico, cure dentarie, etc.);
- se la prestazione sia stata in rete convenzionata, fuori rete convenzionata, in SSN;
- l'indicazione dello stato di trattazione del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) sinistro agli atti, senza seguito (specificare il motivo);
 - b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a €;
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica, con importo stimato/riservato pari a €;

Il Soggetto Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che l'Amministrazione ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto.

In caso di mancato rispetto di quanto previsto relativamente all'obbligo di invio della reportistica e rilascio di altre informazioni sui sinistri da parte dell'aggiudicatario, in assenza di adeguate motivazioni determinate da causa di forza maggiore, il Soggetto Assicuratore dovrà

corrispondere all'Amministrazione un importo pari ad euro 1.000 per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari ad euro 30.000,00.

E' fatta salva la facoltà dell'Amministrazione, alla quarta inadempienza di risolvere, previa contestazione, il contratto con l'incameramento della cauzione e di affidare a terzi l'esecuzione dell'appalto in danno dell'Impresa inadempiente, ovvero di risolvere di diritto il contratto.

Qualora l'Impresa sia incorsa in penalità ed intenda ottenerne il rimborso in tutto o in parte dovrà inoltrare domanda di disapplicazione all'Amministrazione, entro 30 (trenta) giorni dalla data nella quale avrà riscosso il mandato decurtato per applicazione di penalità.

A tal riguardo si stabilisce che ogni fatto o avvenimento da cui possa derivare ritardo, difficoltà o impossibilità ad adempiere gli obblighi contrattuali dovrà essere comunicato al Direttore dell'Esecuzione del Contratto entro il termine di 3 (tre) giorni dal suo verificarsi.

Nessun avvenimento o fatto potrà essere addotto a fondamento della propria domanda di disapplicazione delle penalità, ove non sia stato partecipato nei termini previsti nel precedente capoverso.

Tale comunicazione non costituisce, in ogni caso, per l'Impresa, diritto all'accoglimento della domanda di disapplicazione.

Articolo 19

(Premio a carico dell'Amministrazione, premi per le polizze facoltative a carico degli assicurati, importo presunto del contratto, regolazione)

L' Amministrazione corrisponderà al Soggetto Assicuratore ESCLUSIVAMENTE il premio annuo pro capite lordo di € 45,39 per la copertura assicurativa del personale di cui ai precedenti articoli 1 e 5 ("Assistiti Polizza BASE"), corrispondente al premio offerto in ribasso sul premio base massimo palese, comprensivo di imposta di assicurazione e di ogni altro onere fiscale e contributo di adesione al Fondo Sanitario.

Il premio annuo pro capite previsto per la "Polizza Base" rimarrà invariato qualunque sia la consistenza numerica del personale da assicurare.

Il premio annuo lordo pro-capite previsto per le polizze facoltative ESTESA 1, ESTESA 2, ESTESA 3, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione, indicato rispettivamente agli articoli 6, 7 e 8 del presente contratto, sarà completamente a carico dell'assistito che ha richiesto di aderire e rimane valido per l'intera durata contrattuale.

Il premio annuo lordo pro capite previsto dal Soggetto Assicuratore per la copertura facoltativa di cui alla Polizze FULL GOLD e FULL PLATINUM indicato nell'art. 9 del presente contratto rimane valido per l'intera durata contrattuale.

Tali premi per le polizze FULL GOLD e FULL PLATINUM, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione, saranno completamente a carico dell'assistito che ha fatto richiesta di aderire, precisando che tale importo da versare per le Polizze FULL GOLD e PREMIUM sono aggiuntive rispetto a (i.e. **NON include**) quello già corrisposto dall'Amministrazione o dall'assistito per la Polizza BASE.

Non è prevista alcuna indicizzazione del premio annuo pro capite.

Il premio annuo pro capite lordo di € 45,39 (euro quarantacinque/39), moltiplicato per il totale del personale assicurato per la Polizza BASE (personale in servizio, di cui all'elenco in allegato), individua il corrispettivo complessivo da pagare per il servizio di copertura del presente Piano Sanitario, come indicato al precedente art. 2.

L'Amministrazione si impegna a pagare i premi per la Polizza BASE in due rate semestrali anticipate, più eventuali rate di regolamento con le modalità di cui al successivo art. 20 del presente contratto.

A tal fine, entro il 30/7/2023 l'Amministrazione comunicherà l'elenco del personale in servizio con le consistenze aggiornate alla scadenza del primo semestre (30/06/2023), che varrà quale base di calcolo per il regolamento premio del primo semestre e per il premio anticipato del secondo semestre.

Entro i 30 giorni successivi alla data di scadenza del periodo assicurativo annuale (31/12/2023) l'Amministrazione comunicherà l'elenco del personale in servizio che varrà quale base di calcolo per il regolamento premio del secondo semestre.

Al presente contratto si attribuisce un valore presunto, per il periodo di validità (dalle 24.00 del 01/01/2023 alle 24.00 del 31/12/2023) di **€. 4.440.276,75** (quattromilioniquattrocentoquarantamila duecentosettantasei/75), imposta di assicurazione e od ogni altro onere fiscale o di adesione al Fondo Sanitario CASPIE – Cassa di Assistenza Sanitaria inclusi, tenuto conto della variabilità della consistenza.

Il valore sopra citato è puramente indicativo e il Soggetto Assicuratore, pertanto, non potrà avanzare pretese di sorta qualora in corso di esecuzione del contratto venissero richieste dall'Amministrazione prestazioni per un importo comunque inferiore.

Articolo 20

(Modalità di pagamento)

1. Per il pagamento delle due rate semestrali anticipate, riferite la prima al periodo di copertura 01/01/2023 – 30/06/2023 e la seconda al periodo di copertura 01/07/2023 – 31/12/2023, il Soggetto Assicuratore, entro il quindicesimo giorno dall'avvio del servizio, sulla base

dell'elenco riepilogativo del personale assicurato, emetterà le appendici e le fornirà, con i relativi conteggi, al Direttore dell'Esecuzione del Contratto, il quale predisporrà la “Verifica di conformità”.

2. La “Verifica di conformità”, tenendo conto che si tratta di un pagamento anticipato rispetto all'effettiva esecuzione del servizio, dovrà attestare esclusivamente che vi è esatta rispondenza del premio calcolato dal Soggetto Assicuratore all'effettiva consistenza del personale assicurato.

3. Per il pagamento dei corrispettivi per regolamento premio, riferito il primo al periodo di copertura 01/01/2023 – 30/06/2023 e il secondo al periodo di copertura 01/07/2023 – 31/12/2023, il Soggetto Assicuratore, entro il quindicesimo giorno successivo al termine di ciascun periodo ed a seguito dell'invio dell'elenco riepilogativo del personale assicurato (inviato dal Direttore dell'Esecuzione del Contratto, rispettivamente al termine del primo e del secondo semestre, come specificato al precedente art. 2), sulla base di quanto in esso contenuto, emetterà le appendici e le fornirà, con i relativi conteggi, al Direttore dell'Esecuzione del Contratto, il quale predisporrà la “Verifica di conformità”.

4. In tal caso la “Verifica di conformità” dovrà attestare che il servizio prestato nel semestre di riferimento è stato svolto regolarmente, che è stato pienamente conforme a quanto richiesto e che vi è esatta rispondenza del premio calcolato dal Soggetto Assicuratore all'effettiva consistenza del personale assicurato.

5. In ogni caso la “Verifica di conformità” dovrà avere forma di processo verbale e dovrà essere redatta dal Direttore dell'Esecuzione del Contratto, e notificata al Soggetto Assicuratore da parte Direttore dell'Esecuzione medesimo entro 30 giorni dall'avvio del servizio, ai sensi dell'art. 4 c. 6 del D. Lgs. 231/2002 e s.m.i..

6. Entro i successivi sette giorni dall'avvenuta notifica della verifica di conformità il Direttore dell'esecuzione del Contratto dovrà emettere un “certificato di pagamento” che dovrà anche esso essere notificato al Soggetto Assicuratore

7. Il pagamento delle prestazioni avverrà, conseguentemente, previa emissione da parte del Soggetto Assicuratore di regolare appendice/quietanza, intestata a Ministero Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale dei Servizi Tecnici e della Gestione Patrimoniale - Ufficio Attività Contrattuali per l'armamento, il vestiario, l'equipaggiamento, i materiali speciali, il casermaggio e le esigenze del Dipartimento;

Tutti gli importi eventualmente dovuti a titolo di penale potranno, senza onere di diffida o di azione giudiziaria, essere detratti dal corrispettivo dovuto dall'Amministrazione, che potrà rivalersi anche sul deposito cauzionale.

L'Amministrazione procederà alle verifiche previste dall'art. 48 bis del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973 n. 602, per i pagamenti superiori a € 10.000,00 con le modalità previste dalla circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 06/08/2007 nr. 28.

8. Ciascuna appendice/quietanza dovrà essere corredata dalla seguente documentazione giustificativa:

- Riepilogo numerico del personale assicurato
- Verbale di Verifica di conformità

9. La appendice/quietanza deve riportare il codice identificativo gara (**CIG 9256143AD5**), l'indicazione del Codice Univoco Ufficio (**IPA – n. U0S1KE**), dell'Amministrazione.

10. Tenuto conto della complessità dell'appalto che è riferito a prestazioni da eseguirsi sull'intero territorio nazionale e ovunque nel mondo, le parti convengono espressamente che il termine per l'emissione del relativo ordine di pagamento sia fissato, ai sensi dell'art. 113 bis c. 2 del D. Lgs. 50/2016, in 60 giorni decorrenti dalla data in cui la "Verifica di conformità" sia stata notificata al Soggetto Assicuratore ed all'Amministrazione da parte del Direttore dell'Esecuzione del Contratto, ovvero, se successiva, dalla data dell'effettivo e corretto invio della appendice/quietanza, completa di tutti gli allegati succitati.

11. Gli allegati (verifica di conformità e ogni altra eventuale documentazione) devono avere dimensioni contenute (utilizzando una scansione a bassa risoluzione) e devono avere l'estensione .pdf.

12. Il pagamento dei premi verrà corrisposto, con mandato diretto, da parte della Amministrazione con versamento sul c/c bancario n. codice IBAN: IT 75 P 01030 03200 000005968083, intestato a CASPIE - Agente presso Banca Monte dei Paschi di Siena.

Il termine dei 60 giorni per l'emissione dell'ordine di pagamento si intenderà sospeso qualora si rendessero necessarie integrazioni o chiarimenti sulla appendice/quietanza o sulla documentazione alla stessa allegata.

In nessun caso, dal ritardo nel pagamento del premio potrà scaturire la sospensione dell'assicurazione e, per converso, l'Amministrazione non potrà eccepire la prescrizione breve (art. 2952 del c.c.).

L'Impresa, sotto la propria esclusiva responsabilità, renderà tempestivamente note all'Amministrazione, le variazioni che si verificassero circa le modalità di accredito indicate nel contratto, anche in relazione a quanto previsto dall'art.3 della Legge n. 136/2010 e s.m.i; in difetto di tale comunicazione, anche se le variazioni venissero pubblicate nei modi di legge, l'Impresa non potrà sollevare eccezioni in ordine di eventuali ritardi dei pagamenti.

Per motivi connessi alle procedure normalmente previste, di avvio e di chiusura del bilancio dello Stato, i pagamenti sono sospesi nel periodo decorrente dall'inizio del mese di dicembre alla metà circa del mese di febbraio. Le parti concordano espressamente, relativamente a tale periodo, che è esclusa qualsiasi pretesa risarcitoria da parte dell'Impresa in ordine ai tempi di pagamento.

L'Impresa dichiara di esonerare l'Amministrazione da ogni responsabilità per i pagamenti eseguiti con le modalità sopra indicate.

Articolo 21

(Deposito cauzionale)

A titolo di garanzia degli obblighi contrattuali assunti il Soggetto Assicuratore, ai sensi dell'articolo 54 del Regolamento per l'amministrazione del patrimonio e per la contabilità generale dello Stato e dell'art.103 del D. Lgs 50/2016, costituisce un deposito cauzionale per € 222.013,85 pari al 10% dell'importo netto del contratto, ridotto del 50% in quanto applicabile il beneficio di cui all'art. 93, comma 7, del D.Lgs. 50/2016, mediante polizza fidejussoria, nr 01.000059992 1 rilasciata il 16/11/2022 da S2C Spa Compagnia di Assicurazioni di Crediti e Cauzioni, senza eccezioni ed oneri di preventiva escussione.

La cauzione è prestata a garanzia dell'adempimento di tutte le obbligazioni del contratto e del risarcimento dei danni derivanti dall'eventuale inadempimento delle obbligazioni stesse, nonché a garanzia del rimborso delle somme pagate in più all'esecutore rispetto alle risultanze della liquidazione finale, salva comunque la risarcibilità del maggior danno verso l'appaltatore. La garanzia cessa di avere effetto solo all'integrale adempimento delle obbligazioni cui l'Impresa è tenuta in virtù del presente contratto e, in ogni caso, fino al momento in cui non sia intervenuta dichiarazione liberatoria da parte dell'Amministrazione anche in deroga all'articolo 1957 del Codice civile.

La garanzia è corredata da un'autodichiarazione resa, ai sensi degli articoli 46 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (*Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*) e ss.mm., con allegato un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, con la quale il sottoscrittore dell'Istituto di credito/assicurativo dichiara di essere in possesso dei poteri per impegnare il garante.

La garanzia prevede espressamente la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore principale, la rinuncia all'eccezione di cui all'[articolo 1957, secondo comma, del codice civile](#), nonché l'operatività della garanzia medesima entro 15 (quindici) giorni, a semplice richiesta scritta dell'Amministrazione.

La garanzia è svincolata automaticamente alla conclusione dell'esecuzione del contratto, senza necessità di nulla osta del committente, con la sola condizione della preventiva consegna, all'istituto garante, da parte dell'appaltatore, degli stati di avanzamento o di analogo documento, in originale o in copia autentica, attestanti l'avvenuta esecuzione.

Qualora l'ammontare della cauzione dovesse ridursi per qualsiasi causa, l'Impresa dovrà provvedere al reintegro entro il termine di 10 (dieci) giorni lavorativi dal ricevimento della relativa richiesta effettuata dall'Amministrazione; in caso di inottemperanza alla richiesta di integrazione della cauzione, venuta meno totalmente o parzialmente, il reintegro avviene mediante ritenuta sull'importo del prezzo da versare all'Impresa, fatta salva la facoltà, da parte dell'Amministrazione, in caso di inadempimento, di dichiarare risolto il contratto, procedere ad esecuzione in danno ed incamerare la cauzione residua nonché la richiesta di ogni maggior danno.

Non è in alcun modo ammessa, l'eventuale richiesta, da parte dell'Impresa, volta ad ottenere la sospensione del provvedimento di incameramento del deposito cauzionale emesso dall'Amministrazione.

La stazione appaltante può incamerare la garanzia per provvedere al pagamento di quanto dovuto dall'Impresa per le inadempienze derivanti dalla inosservanza di norme e prescrizioni dei contratti collettivi, delle leggi e dei regolamenti sulla tutela, protezione, assicurazione, assistenza e sicurezza fisica dei lavoratori addetti all'esecuzione del contratto.

Articolo 22

(Tracciabilità dei flussi finanziari)

Ai sensi della legge 13.8.2010, n. 136, l'Impresa si obbliga ad accendere uno o più conti correnti bancari o postali dedicati anche non in via esclusiva alle commesse pubbliche e a registrare su tali conti tutti i movimenti finanziari connessi all'esecuzione delle prestazioni oggetto del presente contratto.

Tali flussi dovranno essere effettuati mediante bonifico bancario o postale, ovvero con altri strumenti di incasso e di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, compresi gli stipendi di dipendenti, consulenti e fornitori, i pagamenti di beni e servizi rientranti tra le spese generali ed i pagamenti destinati alla provvista di immobilizzazioni tecniche, ferme restando le eccezioni di cui all'art. 3, comma 3, della legge citata.

La mancata osservanza delle sù richiamate disposizioni, nonché delle ulteriori disposizioni in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, comporterà, nelle fattispecie previste, l'applicazione

delle sanzioni stabilite dall'art. 3, comma 8, e dall'art. 6 della legge n. 136/2010 e l'automatica risoluzione del contratto a norma dell'art. 3, comma 9 bis, della medesima legge.

La appendice/quietanza elettronica dovrà essere intestata a: Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale Servizi Tecnico Logistici e della Gestione Patrimoniale.

Ai fini del pagamento, l'Impresa fornisce i seguenti dati:

BANCA: Monte dei Paschi di Siena

IBAN: IT 75 P 01030 03200 000005968083

Le persone delegate ad operare sul sopraindicato conto corrente sono:

- Giorgio Romanelli , codice fiscale: RMNGRG38R18H501T, luogo e data di nascita: Roma, 18/10/1938;
- Martucci Walter , codice fiscale: MRTWTR61B05H501V , luogo e data di nascita: Roma, 05/02/1961.

L' Impresa si obbliga a partecipare, giustificandola con documenti legali, qualunque successiva variazione delle modalità di pagamento e di quietanza indicata nel contratto.

Ove si ometta di partecipare la predetta comunicazione, l'Amministrazione rimarrà esonerata da qualsiasi responsabilità che possa derivare per i pagamenti effettuati con le modalità sopra indicate.

Ove si dovessero verificare decadenze o cessazioni dalle cariche statutarie, anche se tali decadenze o cessazioni avvengano “*ope legis*” e/o per fatto previsto negli atti legali del fornitore, quando anche pubblicate nei modi legge, l'Impresa s'impegna a darne tempestiva notifica all'Amministrazione.

In difetto di tale comunicazione, l'Amministrazione non assume alcuna responsabilità per la forma ed i modi di pagamento eseguiti.

Tutti gli importi eventualmente dovuti a titolo di penale, senza oneri di diffida o di azione giudiziaria, potranno essere detratti dal corrispettivo dovuto dall'Amministrazione, che potrà rivalersi anche sulla garanzia.

Articolo 23

(Variazione nella denominazione sociale)

Qualora nel corso di svolgimento del presente atto si verificassero variazioni nella denominazione del Soggetto Assicuratore che assume la contraenza dette variazioni dovranno essere debitamente notificate al Ministero dell'Interno – Dipartimento Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale dei Servizi Tecnico Logistici e della Gestione Patrimoniale – Ufficio Attività

Contrattuale per l'Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio e le esigenze del Dipartimento.

L'Amministrazione non risponderà in alcun caso di qualsiasi conseguenza derivante dalla omessa notifica delle variazioni di cui sopra.

Articolo 24

(Clausola dell'Amministrazione più favorita)

L'Impresa assicura che i prezzi indicati nella lettera di offerta e riprodotti in contratto sono i più favorevoli in assoluto praticati, dalla medesima Impresa, a qualsiasi altro soggetto pubblico o privato, in Italia o all'estero, e che eventuali minori prezzi fino ad avvenuto pagamento, a parità di oneri fiscali, saranno applicati anche alla presente fornitura.

Articolo 25

(Domicilio legale)

A tutti gli effetti di legge, il Soggetto Assicuratore dichiara di eleggere domicilio legale in Roma via Mercalli n. 80, domicilio digitale PEC: cassasanitaria@pec.caspie.eu ove è convenuto che possono essere ad essa notificati tutti gli atti di qualsiasi natura inerenti al contratto. L'Impresa è tenuta a comunicare all'Amministrazione ogni successiva variazione del domicilio dichiarato. In mancanza della suddetta comunicazione, sono a carico dell'Impresa tutte le conseguenze che possono derivare dall'intempestivo recapito della corrispondenza, con particolare riferimento a quelle emergenti dall'eventuale ritardo nell'esecuzione del contratto.

Articolo 26

(Obblighi della Impresa in materia di tutela della riservatezza)

L'Impresa si obbliga a garantire il rigoroso rispetto della normativa contenuta nel Codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196. In particolare, il personale dell'Impresa che, nell'ambito della fornitura del servizio, si troverà a dover utilizzare i dati messi a disposizione dall'Amministrazione ed indicati quali "elementi classificati riservati" dovrà essere abilitato a tale utilizzazione nel medesimo grado richiesto per i dipendenti dell'Amministrazione stessa.

E' fatto divieto al personale dell'Impresa di divulgare i dati attinenti alle informazioni riservate ed al personale dell'Amministrazione di cui venga a conoscenza in relazione all'esecuzione del presente contratto, anche in caso di scioglimento di esso per qualsiasi ragione.

Le parti si obbligano ad adottare tutte le misure necessarie a tali fini.

Ove l'Impresa intenda diffondere informazioni riguardanti l'oggetto del contratto, che non siano stati precedentemente resi pubblici mediante la pubblicazione del bando di gara, dovrà rivolgere apposita istanza all'Ufficio per le Relazioni Esterne della Segreteria del Dipartimento della Pubblica sicurezza, indirizzata per conoscenza a: Direzione Centrale Servizi Tecnico Logistici e della Gestione Patrimoniale - Ufficio Attività Contrattuali per l'armamento, il vestiario, l'equipaggiamento, i materiali speciali, il casermaggio e le esigenze del Dipartimento.

Il predetto Ufficio per le Relazioni Esterne provvederà a fornire apposito riscontro, tenendo informati gli Uffici interessati per conoscenza.

L'Amministrazione può espressamente autorizzare i dipendenti dell'Impresa ai fini dell'eventuale trattamento dei dati personali.

In caso di inosservanza degli obblighi di riservatezza di cui ai commi precedenti, l'Amministrazione ha la facoltà di dichiarare risolto il presente contratto, fermo restando che l'Impresa sarà tenuta a risarcire tutti i danni che dovessero derivare all'Amministrazione.

Le parti convengono che al momento dell'apertura della polizza assicurativa il personale avente diritto dovrà sottoscrivere il documento fornito dal Soggetto Assicuratore contenente la *"Informativa sul trattamento dei dati personali"*, approvata dai competenti Uffici del Dipartimento della P.S. il cui fac-simile si allega al presente contratto (**All. 4**).

Articolo 27

(Decadenza e diritti dell'assuntore)

L'Impresa si obbliga, a pena di decadenza, a far precedere ogni eventuale azione in sede giudiziaria volta a far valere pretese di ogni tipo fondate sul presente contratto da un'apposita istanza, da trasmettersi al Dipartimento della Pubblica Sicurezza, nel termine di 3 (tre) mesi dal giorno della liquidazione finale del contratto.

Articolo 28

(Spese inerenti al contratto)

L'Impresa contraente nel formulare il prezzo del servizio ha tenuto conto delle seguenti disposizioni:

- a) articolo 62 del Regolamento per l'amministrazione del patrimonio e per la contabilità generale dello Stato (regio decreto 23 maggio 1924, n. 827), e successive modificazioni, ai sensi del quale le spese inerenti al contratto sono a carico dell'Impresa;
- b) articolo 90 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, e

successive modificazioni (Istituzione e disciplina dell'imposta sul valore aggiunto);

- c) articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 634 (Disciplina dell'imposta di registro) ed il decreto del Presidente della Repubblica 26 aprile 1986, n. 131 (Testo Unico delle disposizioni concernenti l'imposta di registro);
- d) articolo 16 bis della Legge per l'Amministrazione del Patrimonio e per la Contabilità Generale dello Stato (regio decreto 18 novembre 1923, n. 2440), e successive modificazioni.

Inoltre, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 642 (recante la disciplina dell'imposta di bollo) ed in ottemperanza alla risoluzione n. 71/E in data 25 marzo 2003 dell'Agenzia delle Entrate – Direzione Centrale Normativa e Contenzioso, sono soggetti a bollo, fin dall'origine, nelle misure di legge, i sottonotati documenti:

- a) istanza di assegnazione di fondi su contratti perenti;
- b) richiesta di rimborso di penalità.

I relativi oneri saranno a carico dell'Impresa, in base all'articolo 8 del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 642/1972, il quale stabilisce che nei rapporti con lo Stato l'imposta di bollo, quando dovuta, è a carico dell'altra parte. E' nullo, al riguardo, qualunque patto contrario.

Le spese inerenti al contratto, di cui al presente articolo, dovranno essere versate dall'Impresa entro 5 (cinque) giorni dalla data della stipula del presente contratto, sul c/c postale n. 871012 intestato alla Tesoreria Provinciale dello Stato di Roma, con imputazione al Capo XIV - Capitolo 3552, ai sensi della legge 27 dicembre 1975, n. 790 relativamente alle spese di copia e con mod.F.24 dell'Agenzia delle Entrate di Roma relativamente all'imposta di registro e l'imposta di bollo.

In caso di omesso o ritardato versamento, le spese di cui al presente articolo verranno detratte in sede di liquidazione della prestazione, con l'aggiunta degli interessi legali decorrenti dal quinto giorno successivo alla data suddetta.

Articolo 29

(Controversie contrattuali)

Tutte le controversie, nessuna esclusa, derivanti dalla interpretazione ed esecuzione del presente contratto verranno deferite, esclusivamente, all'Autorità giurisdizionale competente.

Articolo 30

(Oneri fiscali)

Restano a carico dell'Impresa gli oneri fiscali previsti dalle leggi in vigore, fino ad esaurimento del presente contratto.

Articolo 31

(Vincoli contrattuali)

Il presente contratto, mentre vincola l'Impresa contraente fin dalla sua sottoscrizione, non impegnerà l'Amministrazione, se non dopo che sarà stato approvato e reso esecutivo a norma delle vigenti disposizioni di legge.

Articolo 32

(Cessione del credito)

L'Impresa ha la facoltà di cessione, anche parziale, dei crediti derivanti dall'esecuzione del presente contratto, nel limite del 70% dei crediti stessi, a beneficio di primari Istituti di credito.

Tale cessione deve essere stipulata mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata e deve essere notificata all'Amministrazione.

La cessione del credito è opponibile all'Amministrazione qualora questa non la rifiuta con comunicazione da notificarsi al cedente e al cessionario entro 15 (quindici) giorni dalla sua notifica.

Tale cessione del credito è consentita a condizione che non sia necessaria al reintegro della cauzione.

Articolo 33

(Risoluzione in caso di condanna penale)

E' sempre fatta salva la facoltà per l'Amministrazione, una volta acquisita conoscenza dell'esercizio di un'azione penale, a carico del rappresentante legale dell'Impresa o dei suoi Organi Societari o di uno dei suoi componenti, per delitti contro la Pubblica Amministrazione, di sospendere cautelativamente le proprie prestazioni ovvero l'intero contratto, previa valutazione dell'interesse pubblico alla fornitura del servizio.

In caso di sentenza definitiva di condanna l'Amministrazione potrà procedere alla risoluzione del presente contratto; se la responsabilità penale viene accertata successivamente all'avvenuta esecuzione del contratto, l'Amministrazione, a salvaguardia della propria immagine, potrà richiedere all'Impresa la corresponsione di un indennizzo pari al 10% dell'importo del contratto.

Articolo 34

(Prevalenza delle clausole contrattuali)

In caso di controversa interpretazione tra i documenti tecnici e di dettaglio allegati ed il presente contratto prevale la *ratio* contenuta nelle clausole del contratto medesimo.

Richiesto io, Ufficiale Rogante, ho ricevuto il presente atto, non in contrasto con l'ordinamento giuridico, redatto, sotto la mia visione, in formato elettronico, composto da n. 24 pagine scritte per intero e parte della presente, oltre le clausole vessatorie di cui agli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, del quale ho dato lettura alle Parti che lo approvano dichiarandolo conforme alle loro volontà, e con me lo sottoscrivono con firma acquisita digitalmente, a norma di Legge.

Le stesse parti mi hanno espressamente esonerato dalla lettura degli allegati, come sopra elencati, ai sensi dell'art. 51 comma 2 n. 8 della Legge 16.2.1913 n. 89, dichiarando che il contenuto degli stessi è a loro noto, accettandone integralmente e senza alcuna riserva il contenuto con la sottoscrizione del presente atto.

L'Ufficiale Rogante del Dipartimento della Pubblica Sicurezza, dott.ssa Cristina Fatini interviene al fine di acclarare la piena validità dei certificati che corredano le sottoscrizioni digitali apposte. Tanto si rende ai fini dell'art. 47-ter della L. 16/02/1913, nr. 89.

L'AMMINISTRAZIONE

L'IMPRESA

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice civile, l'Impresa contraente dichiara di approvare specificatamente i seguenti articoli di contratto:

- articolo 4 – Adempimenti Antimafia e Subappalto;
- articolo 18 – Penalità;
- articolo 20 – Modalità di Pagamento;
- articolo 24 – Clausola dell'Amministrazione più favorita;
- articolo 32 – Cessione del credito;
- articolo 33 – Risoluzione in caso di condanna penale.

L'IMPRESA



Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

**SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA
COMPLEMENTARE INTEGRATIVA A FAVORE DEL
PERSONALE DELLA POLIZIA DI STATO, DELLA GUARDIA
DI FINANZA E DELLA POLIZIA PENITENZIARIA E RELATIVI
FAMILIARI (“PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA”).
– GARA CIG**

CAPITOLATO TECNICO del 08.04.2022

Documento composto da n. 33 pagine numerate, compreso il presente prospetto.

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

1. PREMESSA

Il presente Capitolato disciplina gli aspetti tecnico-giuridici dei servizi di assistenza sanitaria integrativa e complementare (Piano di Assistenza Sanitaria) in favore del personale della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria (e per quest'ultima, personale giuridicamente ed economicamente equiparato), erogati dall'aggiudicatario idoneo a sottoscrivere il Contratto, individuato, a seguito di procedura di gara aperta in ambito UE, tra i soggetti iscritti all'anagrafe di cui al Decreto del Ministero del Lavoro del 27/10/2009.

La polizza emessa dal soggetto assicuratore risultato aggiudicatario, rappresenta il documento che comprova la sussistenza dell'assicurazione/assistenza.

2. FINALITÀ DEL SERVIZIO

Lo scopo del Piano di Assistenza Sanitaria, d'ora in poi denominata Polizza BASE, oggetto dell'appalto, è quello di garantire la tutela sanitaria a favore del predetto personale, secondo le condizioni e le modalità descritte nel presente Capitolato. Costituiscono altresì oggetto di appalto le seguenti coperture assicurative su base volontaria:

- estensione della copertura BASE ai relativi familiari;
- estensione della copertura BASE al personale in quiescenza e ai relativi familiari;
- attivazione della polizza FULL per tutte le citate categorie.

3. ASSISTITI, PREMIO/CONTRIBUTO, MASSIMALE/LIMITE DI ASSISTENZA

a. COPERTURA ASSICURATIVA DI BASE A CARICO DELLE SINGOLE AMMINISTRAZIONI

Il Piano di Assistenza Sanitaria opera, indipendentemente dalle condizioni fisiche e dalle patologie preesistenti degli assicurati – cui non verrà richiesta la compilazione di alcun questionario sanitario – in favore del personale in servizio, compresi gli allievi, della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria (e per quest'ultima, personale giuridicamente ed economicamente equiparato), d'ora in poi rispettivamente denominati “appartenenti” e “Amministrazioni”.

Il premio annuo lordo per la Polizza BASE, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione, sarà completamente a carico delle singole Amministrazioni coinvolte, ognuna per tutto il personale dipendente.

b. ESTENSIONI FACOLTATIVE DELLA COPERTURA DI BASE A CARICO DEI SINGOLI INTERESSATI

Il soggetto assicuratore dovrà altresì consentire l'adesione al Piano di Assistenza Sanitaria, mediante una ulteriore copertura assicurativa,

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

d'ora in poi denominata Polizza ESTESA, avente le stesse caratteristiche e condizioni tecniche della Polizza BASE, salva la facoltà del soggetto assicuratore di richiedere la compilazione di un questionario anamnestico, anche da parte di:

(1) Polizza ESTESA 1

- Nucleo familiare dell'assistito con Polizza BASE;

(2) Polizza ESTESA 2

- Personale in quiescenza;

(3) Polizza ESTESA 3

- Nucleo familiare del personale in quiescenza che abbia sottoscritto la Polizza ESTESA 2.

Per nucleo familiare si intende il coniuge non legalmente separato o divorziato, l'unito civilmente, il convivente *more uxorio* e i figli conviventi – legittimi o legittimati o naturali o adottivi – purché risultanti dal certificato di famiglia dell'“assistito Polizza BASE” o dell'“assistito Polizza ESTESA 2”. Nel nucleo sono, inoltre, compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età e identificabili attraverso i dati fiscali (dichiarazioni dei redditi).

Per personale in quiescenza si intende quello cessato dal servizio e in trattamento di quiescenza.

A tal fine, in sede di presentazione dell'offerta per la Polizza BASE, il Soggetto Assicuratore dovrà formulare distinte quotazioni, per ognuna delle tre fattispecie di Polizza ESTESA indicate ai punti (1), (2) e (3) che precedono, del premio annuo lordo *pro capite*, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione. Tali quotazioni saranno riportate in contratto in caso di aggiudicazione.

I premi previsti per l'adesione alle diverse tipologie di polizza ESTESA saranno completamente a carico dell'assistito/interessato che ne farà richiesta.

Nel caso di genitori entrambi appartenenti alle Amministrazioni, sia in servizio che in quiescenza, i figli possono essere compresi nella garanzia del nucleo di un solo genitore.

Il soggetto assicuratore, inoltre, dovrà consentire l'adesione, da parte dei beneficiari della polizza BASE ed ESTESA, ad un servizio di assistenza sanitaria aggiuntivo – d'ora in poi denominato Polizza FULL – che, alle condizioni tecniche fissate più avanti nel presente Capitolato, integri e migliori le condizioni e le tipologie di prestazioni previste dalla Polizza BASE/ESTESA. I relativi premi *pro capite* annui lordi, comprensivi di ogni onere fiscale e contributo di adesione, dovranno essere quantificati, sempre rispettando le distinzioni

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

operate fra le varie tipologie di adesione, in sede di presentazione dell'offerta da parte del Soggetto Assicuratore, con le modalità dettagliate nel Disciplinare di gara, e saranno riportati in contratto in caso di aggiudicazione.

Anche per la polizza FULL, il premio annuale lordo *pro capite* previsto per l'adesione sarà completamente a carico dell'assistito che ne farà richiesta.

In linea generale, si precisa che ogni tipologia di importo del premio da versare a carico dell'interessato, sia nel caso di adesione alla polizza ESTESA che alla polizza FULL, è da intendersi aggiuntivo rispetto a (vale a dire NON include) quello della polizza di partenza e, in particolar modo, dell'importo corrisposto dalle singole Amministrazioni per la polizza BASE.

C. AMBITO DI OPERATIVITÀ DI TUTTE LE CITATE POLIZZE

L'assicurazione/assistenza è operante:

- (1) indipendentemente dalle condizioni fisiche e dalle patologie pregresse;
- (2) nel mondo intero (i rimborsi di spese sostenute all'estero, fatto salvo il caso di assistenza ricevuta in strutture sanitarie estere convenzionate con il Soggetto Assicuratore, per cui vigono le medesime condizioni di operatività della Polizza nel territorio nazionale, verranno effettuati in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assistito, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi);
- (3) con riferimento alla POLIZZA ESTESA, *fino al compimento del 75° anno di età*

4. ADESIONE DEL DIPENDENTE, INCLUSIONI DI FAMILIARI, ESCLUSIONI

a. ADESIONE E INCLUSIONE DI FAMILIARI

L'adesione del dipendente alla Polizza BASE avviene in automatico al momento dell'attivazione del servizio di copertura assicurativa per l'assistenza sanitaria, nei termini indicati in contratto (comunicazioni a cura dell'Amministrazione di appartenenza). Le eventuali adesioni alle **polizze ESTESA e FULL**, potranno avvenire a scelta e a carico dell'Assistito/interessato, nei termini di cui al presente capitolato.

Successivamente all'attivazione dell'assistenza, ulteriori adesioni alla medesima polizza potranno realizzarsi esclusivamente al verificarsi dei seguenti eventi:

- (1) nel caso di nuova assunzione, per la polizza BASE (comunicazioni a cura delle rispettive Amministrazioni);

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

(2) matrimonio/costituzione di unione civile/insorgenza di convivenza *moro uxorio* per la polizza ESTESA;

(3) nascita/adozione/affidamento dei figli per la polizza ESTESA.

In tali casi la copertura decorre dalla data dell'evento, purché l'adesione al piano di assistenza, BASE o ESTESA, o l'inclusione di nuovi familiari venga comunicata, a cura dell'assistito, entro il termine di 30 (trenta) giorni dal giorno dell'evento stesso.

Qualora la comunicazione non pervenga entro tale termine, la copertura decorrerà secondo le previsioni fissate dal Soggetto Assicuratore, da indicare nel contratto, e comunque non oltre 30 (trenta) giorni dall'avvenuta comunicazione.

Nel caso di inserimento nel Piano di assistenza in corso d'anno, i previsti massimali sono riconosciuti per intero.

Il pagamento dei contributi a carico dell'Amministrazione contraente per il proprio personale appartenente, avviene nei termini e con le modalità di cui ai relativi articoli del contratto.

b. REVOCA DELLA COPERTURA

La revoca della copertura avviene al verificarsi dei seguenti eventi:

(1) per la polizza BASE:

- cessazione dal servizio;
- decesso dell'Assistito;

(2) per la polizza ESTESA:

- separazione legale/divorzio;
- venir meno dei requisiti previsti dal presente capitolato per l'inserimento del nucleo familiare nel Piano di assistenza;
- superamento dei limiti di età.

La copertura assicurativa rimane in ogni caso in essere:

(1) fino alla scadenza dell'annualità nella quale si è verificato l'evento;

(2) senza soluzione di continuità, nel caso in cui l'assistito con Polizza BASE che cessi dal servizio, faccia richiesta di adesione alla Polizza ESTESA entro 30 (trenta) giorni dal termine *sub* (1).

5. PRESTAZIONI DEL PIANO DI ASSISTENZA, SCOPERTO, FRANCHIGIA

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

INDENNIZZO/ INDENNITÀ

Il servizio garantisce il pagamento/rimborso delle spese sanitarie resesi necessarie in conseguenza di infortunio, malattia, di tutte le malattie concomitanti/derivanti e/o conseguenti, nonché le prestazioni sanitarie, ciascuna con i relativi massimali di copertura, franchigie e scoperti, puntualmente descritti di seguito.

La Polizza BASE opera in caso di malattia e di infortunio per le seguenti coperture:

- ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (elenco tipologie di intervento chirurgico all'allegato 1);
- ricovero in istituto di cura reso necessario da grave malattia (elenco all'allegato 2);
- intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia (elenco all'allegato 2);
- indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura diverso da grande intervento chirurgico (elenco all'allegato 1) e da grave malattia (elenco all'allegato 2), con esclusione del parto e del *day-hospital*;
- ricovero in istituto di cura per malattia oncologica;
- ospedalizzazione domiciliare;
- cure dentarie da infortunio;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o per patologie/interventi particolari;
- pacchetto prevenzione - check up preventivi;
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate nel presente capitolato, a:

- strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate (*in network*) con il Soggetto assicuratore;
- strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate (*fuori network*) con il Soggetto assicuratore;
- Servizio Sanitario Nazionale (rimborso del *ticket*).

Sono in ogni caso incluse le prestazioni sanitarie erogate individualmente o in *equipe* da

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

professionisti medici, dipendenti di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni dei professionisti medici e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (*in sede*) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (*fuori sede*).

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

a. RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

Il soggetto assicuratore paga/rimborsa tutte le prestazioni elencate nei punti che seguono fino alla concorrenza del massimale di **€ 250.000** per Assicurato e per anno assicurativo, fatti salvi eventuali sotto limiti espressamente previsti per evento.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico il massimale comprende, oltre all'intervento principale, anche eventuali interventi concomitanti.

Le prestazioni previste nella presente opzione si intendono prestate indipendentemente e ad integrazione delle prestazioni fruibili mediante Servizio Sanitario Nazionale.

Tutte le prestazioni o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato periodo di validità contrattuale annuale saranno imputate, fino a concorrenza, al massimale previsto per ciascuna garanzia in tale periodo di assicurazione, dal momento che la patologia oggetto di copertura e il conseguente trattamento (sinistro) si sono verificati in tale esercizio. L'eventuale quota di spesa non assorbibile all'interno del massimale annuo rimarrà a carico dell'assicurato.

Il Piano Sanitario previsto nella c.d. Polizza BASE deve garantire le seguenti prestazioni:

(1) *in caso di grande intervento chirurgico (elenco in allegato 1) o intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia (elenco in allegato 2) effettuato in regime di ricovero in istituto di cura o in ambulatorio medico, sono assicurate le spese per:*

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei **150 giorni precedenti l'inizio del ricovero o precedenti all'intervento chirurgico**, purché direttamente collegati all'evento (malattia o infortunio) che ha determinato il ricorso alle prestazioni;

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

- onorari del chirurgo e di ogni soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento e apparecchi protesici applicati durante l'intervento stesso;
- rette di degenza (esclusi comfort e/o bisogni non essenziali);
- assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi purché relativi alla patologia e al periodo di ricovero o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico;
- vitto e pernottamento di un accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura ricettiva fino alla concorrenza di **€ 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo** e nucleo familiare assistito;
- assistenza infermieristica notturna dedicata durante il periodo di ricovero, fino alla concorrenza di **€ 50 al giorno per un massimo di € 1.000 per anno assicurativo**;
- esami, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici o rieducativi e assistenza infermieristica domiciliare sostenuti nei **150 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni da ricovero**, purché direttamente inerenti alla malattia o infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto sanitario dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ambulanza, treno o aereo di linea), presso l'istituto di cura e ritorno o trasferimento presso altro istituto di cura più appropriato sotto il profilo delle terapie necessarie all'Assicurato, fino alla concorrenza di **€ 2.000 per anno assicurativo**. In caso di intervento chirurgico effettuato all'estero, il Piano sanitario rimborsa le spese per il viaggio verso l'istituto di cura e ritorno con mezzo pubblico, fino alla **concorrenza di € 4.000 per anno assicurativo**;

(2) in caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da grave malattia (elenco in allegato 2), che non comporti intervento chirurgico, sono assicurate le spese per:

- assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei **150 giorni precedenti il ricovero in Istituto di cura**, purché direttamente collegati all'evento (malattia o infortunio) che ha determinato il ricorso alle prestazioni;

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

- rette di degenza (esclusi comfort e/o bisogni non essenziali);
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, medicine ed infermieristiche domiciliare sostenuti nei **150 giorni successivi alle dimissioni da ricovero**, purché direttamente inerenti alla malattia o infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto sanitario dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore, con qualsiasi mezzo (ambulanza, treno o aereo di linea), presso l'istituto di cura e ritorno o trasferimento presso altro istituto di cura più appropriato sotto il profilo delle terapie necessarie all'Assicurato, **fino alla concorrenza di € 2.000 per anno assicurativo**. In caso di ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico effettuato all'estero, il Piano sanitario rimborsa le spese per il viaggio verso l'istituto di cura e ritorno con mezzo pubblico, **fino alla concorrenza di € 4.000 per anno assicurativo**.

(3) modalità di erogazione delle prestazioni di cui ai punti (1) e (2)

- prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con il soggetto assicuratore ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati, inclusi eventuali anticipi che dovessero essere richiesti, vengono **liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate (in network)** senza applicazione di alcuna franchigia;

- prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con il soggetto assicuratore.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono **rimborsate all'Assicurato con applicazione di una franchigia assoluta di € 3.000 per evento**, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti. In caso di **intervento ambulatoriale viene applicata una franchigia relativa di € 500 per evento**;

- prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con il Soggetto assicuratore ma effettuate da medici non convenzionati.

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsale dal Soggetto assicuratore con le modalità previste per il ricovero in strutture non convenzionate;

- utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

Il soggetto assicuratore rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, i *ticket* sanitari rimasti a carico dell'Assicurato oltre alle eventuali spese per il trattamento alberghiero sostenute in regime di solvenza. In tal caso, è escluso il beneficio dell'indennità sostitutiva di cui al successivo punto (5).

(4) *Trapianti*

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, sono comprese le spese di espianto e trasporto dell'organo. In caso di donazione da vivente, sono comprese le spese per l'intervento chirurgico di espianto e per i relativi accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali, l'assistenza medica e infermieristica e le rette di degenza, secondo le modalità di cui ai precedenti punti.

(5) *Indennità sostitutiva in caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (elenco allegato 1) o grave malattia (elenco allegato 2)*

Qualora non risultino spese a carico dell'Assistito in quanto i costi relativi al periodo di ricovero e per altra prestazione ad esso connessa, esclusi eventuali *ticket*, sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute durante la degenza, il soggetto assicuratore corrisponde **un'indennità sostitutiva pari a € 120** per ogni notte di ricovero trascorsa in Istituto di cura, **per un massimo di 90 giorni**.

(6) *Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura diverso da grande intervento chirurgico (elenco Allegato 1) e da grave malattia (elenco allegato 2) con esclusione del parto e del day-hospital*

Il Soggetto assicuratore, in caso di ricovero in istituto di cura (con esclusione del parto e del day-hospital), corrisponderà **un'indennità di € 30** per ogni giorno di ricovero per un periodo **non superiore a 15 giorni per ricovero**.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento. La presente garanzia verrà erogata indipendentemente che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

(7) *Ospedalizzazione domiciliare*

Il Soggetto assicuratore, in seguito ad un ricovero indennizzabile a termini di polizza, assicura per un periodo di **120 giorni**, successivo alla data di dimissioni, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica che si dovessero rendere necessarie in ragione della patologia oggetto dell'indennizzo e finalizzata al recupero della funzionalità fisica.

**Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio**

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a **concorrenza della complessiva somma di € 3.000 - da intendersi quale massimale annuo per Assicurato**, senza applicazione di alcuna franchigia e/o di alcuno scoperto per le prestazioni eseguite da parte di strutture o singoli professionisti in convenzione e con l'applicazione di **uno scoperto a carico dell'Assicurato del 25% in caso di prestazioni eseguite fuori convenzione per ogni sinistro**.

b. ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

Nel caso in cui l'istituto di cura fuori *network*, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, **richieda il pagamento di un anticipo**, l'Assicurato può chiedere al Soggetto assicuratore la corresponsione di tale importo **fino a un massimo di € 15.000,00 per evento**.

c. DECESSO DELL'ASSICURATO E RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato, il Soggetto assicuratore, **per anno assicurativo e per nucleo familiare**, eroga:

- (1) un rimborso forfettario di € 5.000;
- (2) in caso di decesso all'estero durante un ricovero, le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.500.

d. PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) - "anche digitale"

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Holter ECG (limitatamente alla polizza FULL)
- Holter pressorio (limitatamente alla polizza FULL)
- Ecografia (limitatamente alla polizza FULL)
- Ecocolordoppler arti superiori e inferiori, aorta, TSA, arterie renali (limitatamente alla polizza FULL)
- Ecocardiografia (inclusa trans-esofagea)
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

- Biopsia (anche ECO/TC guidata)
- Densitometria ossea (limitatamente alla polizza FULL)
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia (inclusa scintigrafia miocardica da sforzo)
- Tomografia Computerizzata (TC) (anche virtuale)
- Endoscopia digestiva (E.G.D.S. – Retto sigmoideo colonscopia - ERCP)
- Test genomico (Oncotype Dx), susseguente a diagnosi e/o intervento chirurgico per tumore al seno

Terapie

- Chemioterapia
- Radiani loco-regionali
- Dialisi
- Radioterapia

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante (intendendosi per medico curante il medico abilitato all'esercizio della professione medica nel Paese di servizio o in quello dove vengano prestate le cure) contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia, presunta o accertata, che abbia reso necessaria la prestazione. In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, il Soggetto assicuratore rimborsa integralmente i *ticket* sanitari a carico dell'Assistito. Per ottenere il rimborso è necessario che lo stesso allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Le garanzie di cui al presente articolo vengono accordate fino a **concorrenza della complessiva somma di € 3.000** - da intendersi quale massimale annuo per Assicurato e con applicazione di una franchigia **assoluta di € 100 per ogni prestazione**.

La franchigia non viene applicata nel caso in cui l'Assistito chieda il rimborso del solo *ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni.

e. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Il Soggetto Assicuratore paga le spese per prestazioni specialistiche, ambulatoriali e/o domiciliari, purché prescritte dal proprio medico curante, con l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia, presunta o accertata, che abbia reso necessaria la

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

prestazione pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciato (escluse comunque le visite pediatriche generiche).

Le garanzie di cui al presente articolo vengono accordate fino a concorrenza della complessiva somma di **€ 1.000 - da intendersi quale sotto-massimale annuo per Assicurato** (rispetto al massimale di cui al punto d.) **e con applicazione per ogni malattia e/o infortunio di una franchigia a carico dell'Assicurato di € 50 per ogni prestazione o ciclo di cura**, intendendosi per tale una serie di prestazioni connesse alla medesima patologia e presentate in un'unica richiesta. La franchigia non viene applicata nel caso in cui l'Assistito chieda il rimborso del solo *ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni.

f. RICOVERO PER CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di pernottamento per malattie oncologiche, il Soggetto assicuratore riconosce **un'indennità di € 10.000 in unica soluzione, una tantum per anno assicurativo**, per il primo ricovero denunciato dall'Assicurato e indipendentemente dal numero di ricoveri avvenuti nell'annualità ricollegabili alla stessa patologia.

g. CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO

Il Soggetto assicuratore, in presenza di certificato rilasciato da un Pronto Soccorso, liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio. Le spese sostenute vengono rimborsate con applicazione per ogni prestazione o ciclo di cura di **uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 10% in network e del 20% fuori network con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura/persona**. Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'assistito chieda il rimborso del solo *ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a concorrenza della complessiva somma di **€ 2.500 annuale per Assicurato**.

h. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

Il Soggetto assicuratore provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio e in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti dal medico curante o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

Limitatamente alla polizza FULL, il Soggetto assicuratore provvede anche al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici per patologie cronico degenerative dell'apparato muscolo-scheletrico.

Patologie o interventi chirurgici:

- Ictus
- Infarto
- Ernia del disco - iatale
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Ricostruzioni capsulo legamentose
- Protesi articolare
- Patologie polmonari
- Postumi di interventi per fratture
- Patologie degenerative croniche dell'apparato muscoloscheletrico (limitatamente alla polizza FULL)

Le spese sostenute vengono rimborsate con applicazione per ogni prestazione o ciclo di cura di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella **misura del 5% in network e del 10% fuori network**. Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'assistito chieda il rimborso del solo *ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a concorrenza della complessiva somma di **€ 500,00 annuale per Assicurato** (massimale annuo per assicurato).

i. CHECK UP PREVENTIVI

Il Soggetto assicuratore provvede al **pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate, una volta l'anno, dall'Assicurato/Assistito**, in strutture sanitarie *in network* con il Soggetto assicuratore.

In assenza di strutture *in network* sia presso la provincia di domicilio/servizio che nel raggio di 60 km dall'indirizzo di residenza dell'Assicurato/Assistito, il Soggetto assicuratore rimborsa le medesime prestazioni effettuate in strutture fuori *network* fino al raggiungimento di un importo pari a **€ 150,00**.

PRESTAZIONI PREVISTE PER GLI UOMINI

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

Prelievo venoso:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- azotemia;
- bilirubina;
- colesterolo HDL ed LDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- elettroforesi proteica
- fibrinogenemia
- gamma GT
- glicemia
- proteinemia
- trigliceridi
- tempo di protrombina (PT)
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- uricemia
- VES
- PSA (dai 40 anni di età)

Campione urine:

- esame chimico, fisico e microscopico completo

Campione feci:

- ricerca del sangue occulto

Visite specialistiche:

- visita urologica (dai 40 anni di età)
- visita cardiologica con ECG

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

PRESTAZIONI PREVISTE PER LE DONNE

Prelievo venoso:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- azotemia
- colesterolo HDL ed LDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- elettroforesi proteica
- fibrinogenemia
- gamma GT
- glicemia
- lattico deidrogenasi LDH
- proteinemia
- trigliceridi
- tempo di protrombina (PT)
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- uricemia
- VES

Campione urine:

- esame chimico, fisico e microscopico completo

Campione feci:

- ricerca del sangue occulto

Esami e visite specialistiche:

- pap-test
- visita ginecologica

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

- visita cardiologica con ECG

ULTERIORI PRESTAZIONI DI PREVENZIONE PER UOMINI E DONNE OGNI TRE ANNI

(limitatamente alla polizza FULL)

Visita oculistica

Visita dermatologica in epiluminescenza per controllo nevi

6. PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA AGGIUNTIVA FULL

Per **Polizza FULL** si intende l'assicurazione/assistenza aggiuntiva rispetto a quella prevista nella **polizza BASE e/o ESTESA**, con prestazioni ulteriori rispetto a quelle già comprese nelle citate polizze e innalzamento dei relativi massimali. Alla Polizza FULL, hanno facoltà di aderire gli assistiti delle già citate polizze con **premio/contributo interamente a carico di ciascun assicurato/Assistito**.

La Polizza FULL deve essere a sua volta distinta in due livelli di copertura: GOLD e PLATINUM

Polizza FULL GOLD

Il massimale annuo di assistenza di cui all'art. 5.a., è **innalzato a € 500.000/anno/Assistito**. Oltre alle prestazioni previste per la Polizza BASE e alle prestazioni di cui *sub.* 5.d., 5.h. e 5.i. limitatamente alla polizza FULL, il Soggetto assicuratore dovrà erogare indennizzi all'assicurato/Assistito per le seguenti ulteriori prestazioni:

- a. tutti i ricoveri con intervento, i ricoveri in *day hospital*, i ricoveri senza intervento non previsti negli Allegati 1 e 2:
 - (1) in regime di convenzione diretta (quando sia la struttura sanitaria, sia *l'equipe medica* siano *in network*) **senza franchigie**;
 - (2) in regime rimborsale se fuori *network*, con lo **scoperto del 20% e una franchigia di € 1.500**;
 - (3) in regime misto qualora la degenza abbia luogo presso una struttura in *network*, ma l'assistito si avvalga di *equipe medica* fuori *network*. In tal caso, sarà possibile attivare la copertura assicurativa:
 - con modalità di assistenza diretta **e senza franchigie**, sulla parte di **spesa relativa al ricovero presso la Struttura Sanitaria** in *network*;

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

- nella forma rimborsale con applicazione di uno **scoperto del 20% e un minimo indennizzabile di € 750**, per la parte di spesa dovuta all'equipe medica, o singolo professionista, fuori *network*.
- b. cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico.

Il Piano sanitario copre il pagamento delle spese per prestazioni diagnostiche e terapeutiche di tipo odontoiatrico e ortodontico, comprese le cure degli elementi dentari, le terapie conservative, l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, le sedute di ablazione tartaro (solo se inserite in un piano di cure), effettuate presso strutture sanitarie *in network* con il soggetto assicuratore.

In tali casi, gli importi dovuti saranno erogati direttamente alle strutture o al singolo professionista da parte del Soggetto assicuratore, con l'applicazione di uno **scoperto del 50%** che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura *in network* all'atto dell'emissione della fattura.

Nello specifico, per ottenere il rimborso, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la scheda anamnestica compilata dal medico curante (dentista). Dai citati documenti, dovranno emergere in maniera analitica le prestazioni effettuate e il relativo costo.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale il Soggetto assicuratore rimborsa integralmente i *ticket* sanitari a carico dell'Assistito.

Il limite di spesa a disposizione per la presente copertura è di € 2.500 per anno per Assistito.
- c. assistenza al parto:
 - (1) parto naturale (con un massimo rimborsabile di € 5.000 annuo/Assistito);
 - (2) parto cesareo (con un massimo rimborsabile di € 8.000 annuo/Assistito);
- d. laser/tecar terapia a scopo fisioterapico e oftalmologico, laserterapia operativa (con un massimo rimborsabile di € 1.000 annuo/Assistito).

Polizza FULL PLATINUM

Oltre alle prestazioni previste per la Polizza FULL GOLD, il Soggetto assicuratore dovrà garantire:

- a. l'eliminazione di ogni tipo di franchigia e scoperto per le prestazioni di alta specializzazione e specialistiche con massimale "in concorrenza" di € 4.000 annui per assistito;

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

- b. l'innalzamento del limite di spesa a disposizione per le cure odontoiatriche e ortodontiche a € 3.500 annui per assistito con scoperto del 40%;

7. ASSISTENZA DIRETTA E INDIRETTA

Il riconoscimento delle spese mediche coperte dalla garanzia può avvenire a scelta dell'assistito, nella forma dell'Assistenza Diretta ovvero Assistenza Indiretta. Sono previste delle penali in favore degli assicurati qualora il Soggetto Assicuratore non riesca a garantire i livelli di servizio prescritti.

a. Assistenza Diretta

L'assistenza diretta avviene attraverso una Rete di Strutture Convenzionate (*in network*) con il fornitore. L'utilizzo della rete di Strutture Convenzionate solleva l'assistito dall'anticipazione delle spese, che sono versate alla struttura sanitaria direttamente da parte del Soggetto assicuratore.

Il Soggetto Assicuratore si impegna a rendere disponibile agli assistiti l'elenco completo delle strutture convenzionate presenti sul territorio nazionale e nei Paesi esteri. Il citato elenco dovrà essere oggetto di costante aggiornamento.

Il servizio di Assistenza Diretta può essere utilizzato in ogni caso di affidamento a strutture sanitarie *in network* con il Soggetto Assicuratore secondo le modalità definite nelle singole garanzie.

Il servizio di Assistenza Diretta viene attivato ordinariamente attraverso l'accesso dell'assistito sul portale web e/o APP che il Soggetto assicuratore deve mettere a disposizione secondo le modalità indicate, di seguito, dal presente Capitolato. In caso di mancato funzionamento, ovvero, in caso di impossibilità, dovrà comunque essere possibile utilizzare altre forme di comunicazione (contatto telefonico, fax o mail).

La centrale operativa del Soggetto assicuratore è comunque a disposizione per intervenire, quando è possibile, anche in situazioni impreviste di urgenza.

La scelta del centro convenzionato e del medico spetta sempre all'assistito.

L'attivazione del convenzionamento diretto prevede la trasmissione, a cura dell'assistito e con gli stessi canali dell'attivazione del servizio, della certificazione medica attestante la diagnosi e la tipologia di prestazione sanitaria richiesta. Quando occorra, l'assistito verrà contattato per l'acquisizione di ulteriori informazioni.

L'operatività della garanzia e l'autorizzazione alle procedure di assistenza diretta è confermato dal Soggetto assicuratore alla Struttura medica e direttamente all'assistito

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

entro 7 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta completa di documentazione (data apertura pratica), evidenziando contestualmente le eventuali limitazioni di garanzia previste dal Piano di Assistenza Sanitaria (franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di massimale). Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale. Il Soggetto assicuratore dovrà richiedere la eventuale documentazione mancante **entro 3 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta**.

Sono previste penali in favore dell'assicurato in caso di mancato rispetto delle predette tempistiche. Il rimborso è calcolato nella misura dello **0,025%** dell'ammontare del pagamento dovuto alla Struttura Sanitaria Convenzionata per ogni giorno di ritardo. Tale importo dovrà essere liquidato direttamente dal Soggetto assicuratore all'assicurato entro 15 giorni dalla chiusura della pratica. In ogni caso non saranno riconosciute all'Assicurato penali di importo inferiore ad € 10.

Il Centro Convenzionato trasmetterà direttamente alla Centrale Operativa del Soggetto assicuratore gli originali delle fatture e copia della cartella clinica per il pagamento delle prestazioni sanitarie. La fattura in originale, debitamente quietanzata, sarà restituita all'assistito.

Qualora non ricorrano i presupposti per l'Assistenza Diretta, il Soggetto assicuratore ne dà formale e tempestiva notizia all'assistito. In tal caso, l'assistito potrà comunque inviare la certificazione delle spese mediche sostenute, unitamente alla relativa documentazione medica, per richiedere l'indennizzo tramite rimborso delle spese secondo quanto previsto al punto che segue "Assistenza Indiretta".

b. Assistenza Indiretta

L'Assistito che per scelta decida di non avvalersi dell'Assistenza Diretta ricorrendo a strutture fuori *network*, dovrà anticipare in proprio le spese e richiederne successivamente il rimborso (assistenza indiretta o fuori *network*), salvo applicazione di eventuali franchigie e/o scoperti.

L'operatività della garanzia e l'autorizzazione alle procedure di assistenza indiretta è confermato dal Soggetto assicuratore alla Struttura medica e direttamente all'assistito **entro 7 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta** completa di documentazione (data apertura pratica), evidenziando contestualmente le eventuali limitazioni di garanzia previste dal Piano di Assistenza Sanitaria (franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di massimale). Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale. Il Soggetto assicuratore dovrà richiedere la eventuale documentazione mancante **entro 3 giorni di calendario dal ricevimento della**

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

richiesta.

L'istanza di rimborso deve essere corredata dalla necessaria certificazione medica che contenga la diagnosi o il sospetto diagnostico, nonché la copia delle fatture, notule, giustificativi e documenti di spesa fiscalmente validi e attestanti le spese sostenute.

Il Soggetto assicuratore procede al rimborso di quanto spettante all'assistito **entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento della richiesta di rimborso** di cui sopra. Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale.

Il Soggetto assicuratore dovrà richiedere eventualmente la documentazione mancante **entro 15 giorni dal ricevimento della domanda di rimborso**.

PENALE: è prevista una penale in favore dell'assicurato in caso di mancato rispetto delle predette tempistiche pari allo **0,025%** del rimborso spettante per le prestazioni effettuate per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo. Tale importo dovrà essere liquidato direttamente dal Soggetto assicuratore unitamente all'importo rimborsato, con distinta evidenza per il beneficiario. Il rimborso si intende concluso nel giorno della data della liquidazione da parte del Soggetto Assicuratore (data chiusura pratica). In ogni caso non saranno riconosciute all'Assicurato penali di importo inferiore ad € 10,00.

8. ULTERIORI GARANZIE

Il Soggetto assicuratore dovrà garantire i seguenti ulteriori servizi.

a. Portale WEB e/o APP, contatto telefonico e indirizzo mail dedicati

Il Soggetto assicuratore garantisce la disponibilità, al momento della stipula del contratto, di un portale web/sito internet e/o APP, di facile accessibilità da parte dei soggetti assistiti, che, anche allo scopo di evitare il più possibile l'utilizzo del supporto cartaceo, consenta agli Assistiti di:

- (1)** aderire al Piano di Assistenza Sanitaria nelle diverse forme ESTESA e FULL (tenuto conto che l'attivazione della polizza BASE avverrà in automatico a cura delle singole Amministrazioni) e apportare variazioni (inserire o escludere i familiari previsti) allegando la necessaria documentazione;
- (2)** attivare le richieste di assistenza diretta e indiretta, allegando la relativa documentazione sanitaria e di spesa, in ottemperanza alla disciplina del Codice per la protezione dei dati personali, sia in termini di informativa al trattamento che in termini di misure di sicurezza;

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

- (3) scaricare le condizioni generali di assistenza, l'elenco aggiornato delle Strutture Sanitarie convenzionate, la modulistica di supporto all'assistito nell'ipotesi di attivazione del servizio via fax o mail;
- (4) prenotare una prestazione presso un operatore facente parte della rete convenzionata;
- (5) visualizzare lo stato delle richieste di autorizzazione e delle pratiche di rimborso inserite o delle richieste di assistenza per la risoluzione di problematiche inerenti all'utilizzo del portale;
- (6) visualizzare e stampare un elenco delle prestazioni erogate per anno solare, sia in regime di assistenza diretta che in regime di assistenza indiretta, con indicazione degli importi in franchigia fiscalmente detraibili.

Il Soggetto assicuratore garantisce, inoltre, un servizio di informazione e assistenza attraverso **contatto telefonico e indirizzo mail dedicati** in merito a:

- (1) Piano di Assistenza Sanitaria per gli assistiti;
- (2) pratiche individuali di assistenza diretta e indiretta o altre prestazioni attivate o da attivare previste dal Piano per il personale delle singole Amministrazioni;
- (3) problematiche inerenti l'utilizzo del portale web e/o App (in ordine a iscrizioni, variazioni, inserimento documentazione ecc.).

b. Centrale Operativa.

Il Soggetto assicuratore garantisce la disponibilità, al momento della stipula del contratto, di una Centrale Operativa raggiungibile nell'arco della giornata, compresi i giorni festivi attraverso un numero telefonico dedicato nazionale e internazionale che assicuri:

- (1) un **servizio di informazione** in merito a:
 - strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni);
 - assistenza diretta e indiretta;
 - centri medici specializzati;
 - indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria;
- (2) un **servizio di prenotazione** per le prestazioni sanitarie garantite dal presente Capitolato nelle Strutture Sanitarie Convenzionate.
- (3) un **contatto telefonico di consulenza medica**.

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, in

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

lingua italiana, un proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione, suggerimento medico/sanitario di carattere generale. I medici di guardia non possono in alcun caso fornire diagnosi o prescrizioni.

(4) l'invio di un medico nei casi di urgenza (validità territoriale Italia).

Qualora l'assistito necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il proprio medico curante, la Centrale Operativa provvede 24 ore su 24, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertato la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati.

(5) l'invio di un'ambulanza (validità territoriale Italia) qualora l'assistito, in seguito ad infortunio o malattia, necessiti di:

- essere trasportato dal luogo dell'infortunio o della malattia al più vicino ed idoneo centro ospedaliero;
- essere trasportato dal proprio domicilio o da un ospedale in cui è ricoverato presso un altro centro ospedaliero;
- rientrare al domicilio a seguito di dimissione da un centro ospedaliero e, a giudizio del medico curante, non possa utilizzare un mezzo diverso dall'ambulanza.

La Centrale Operativa, 24 ore su 24, invia direttamente l'ambulanza tenendo a proprio carico il costo sino ad un massimo di 100 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

Non danno luogo a prestazioni i trasporti per terapie continuative.

c. Responsabile del servizio

Dalla data di attivazione del contratto, il Soggetto assicuratore dovrà mettere a disposizione delle singole Amministrazioni un Responsabile del Servizio, precedentemente identificato e nominato, del quale avrà reso noti i recapiti telefonici e l'indirizzo di posta elettronica, nonché gli orari del servizio.

Il suo compito sarà quello di supervisionare e coordinare le attività del soggetto assicuratore nei rapporti con gli Enti/Reparti delle singole Amministrazioni che saranno individuati quali Enti esecutori del contratto, anche con riferimento alle attività amministrativo/contabili, alla reportistica, agli aggiornamenti su nuove iscrizioni e nuovi inserimenti/cancellazioni in corso dell'anno, all'andamento dei sinistri, alla stipula delle convenzioni con strutture, nonché quello di gestire eventuali richieste e gli eventuali reclami da parte delle Amministrazioni o da parte degli assistiti.

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

9. ESCLUSIONI

Le prestazioni previste dal presente Capitolato non sono operanti per:

- in riferimento al punto “Cure oncologiche”, la ripetizione dell'erogazione dell'indennità per ogni anno assicurativo se correlata alla stessa malattia (l'indennità verrà erogata una sola volta anche in caso di rinnovo o proroga del contratto);
- intossicazione conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quella a scopo ricostruttivo necessitata da infortunio o intervento chirurgico, nonché per i bambini che abbiano compiuto il terzo anno di età;
- agopuntura non effettuata da medico;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici fatto salvo quanto previsto al punto “Cure odontoiatriche da infortunio” o in caso di attivazione della polizza FULL;
- conseguenze dirette ed indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate da accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- tutti gli interventi e le procedure finalizzati al trattamento dell'infertilità e dell'inseminazione artificiale, compresi gli accertamenti propedeutici agli stessi;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali omeopatici;
- cure ed interventi per la correzione o eliminazione di difetti fisici preesistenti;
- visite, esami ed accertamenti diagnostici eseguiti per il semplice controllo senza l'indicazione di una patologia presunta o accertata ad eccezione di quelli previsti dai Check Up preventivi oggetto di garanzia;
- i ricoveri per lunga degenza determinati da patologie croniche;

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

- condizioni dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici fatti salvi i casi dovuti allo svolgimento del servizio d'istituto, ivi comprese le attività di ordine e sicurezza pubblica e contrasto alla criminalità, svolti sul territorio nazionale da parte del personale coperto dalla polizza BASE;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

DEFINIZIONI

Per **assistito** si intende il soggetto il cui interesse è protetto dal presente Piano Sanitario

Per **Fondo o Ente Assistenziale o Aggiudicatario o Soggetto Assicuratore** il soggetto selezionato all'esito della procedura di gara abilitato a norma di legge a ricevere i contributi e assumere la contraenza del presente Piano Sanitario ai fini degli aspetti fiscali e assistenziali

Per **Piano Sanitario** il combinato disposto del presente Capitolato e del relativo Contratto che congiuntamente normano le prestazioni sanitarie erogate come rimborso diretto o indiretto al personale delle singole Amministrazioni e ai relativi familiari, nonché al personale in quiescenza e ai relativi familiari

Per **"Premio/Contributo"** si intende la somma dovuta al fornitore/fondo sanitario.

Il Premio/Contributo sarà a carico della Amministrazione contraente solo per la polizza base (c.d. **Polizza BASE**).

Il Premio/Contributo sarà a carico dell'assicurato/Assistito per le Polizze:

- ESTESA 1 (adesione al Piano del nucleo familiare dell'appartenente assistito dalla polizza BASE);
- ESTESA 2 (adesione al Piano dell'appartenente in quiescenza);

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

- ESTESA 3 (adesione al Piano del nucleo familiare dell'appartenente assistito dalla polizza ESTESA 2);
- FULL (combinazioni di adesione alle maggiori garanzie assicurative da parte degli assistiti dalle polizze BASE ed ESTESA 1, 2 e 3).

Per “**Massimale/Limite di Assistenza**” si intendono gli importi stabiliti nel Capitolato che rappresentano le spese massime che il fornitore/fondo sanitario si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato/assistito per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Per “**Scoperto**” si intende la percentuale prestabilita della spesa sostenuta che, in caso di sinistro, rimane a carico dell'assicurato/assistito e per la quale il fornitore/fondo sanitario non riconosce l'indennizzo.

Per “**Franchigia**” si intende la somma, determinata in misura fissa che dedotta dall'indennità, resta a carico dell'assicurato/assistito.

In caso di **franchigia assoluta**, il danno indennizzabile deve necessariamente ridursi dell'ammontare economico della franchigia stessa (danno indennizzabile: 1000 euro; franchigia: 100 euro; $1000 - 100 = 900$ euro). Quando, al contrario, **la franchigia è relativa**, se il danno indennizzabile è inferiore alla franchigia stessa (es. 99 euro) nulla sarà dovuto; se viceversa, il danno è superiore all'importo della franchigia, il “rimborso” sarà interamente garantito entro i limiti stabiliti dal massimale. In sostanza, dunque, la franchigia relativa opera solo nel caso in cui il danno patito risulti inferiore all'importo della franchigia stessa pattuito all'interno della polizza.

Per “**Indennizzo**” o “**indennità**” si intende la somma dovuta dal fornitore/fondo sanitario all'assicurato/ assistito, a titolo di rimborso.

Per **PATOLOGIA DI TIPO ONCOLOGICO**: Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna. Sono incluse le leucemie, i linfomi, il mieloma, il morbo di Hodgking, i carcinomi *in situ*; le condizioni neoplastiche con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

CENTRO CONVENZIONATO: Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui l'Ente assistenziale ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

ALLEGATO 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- Bypass aorto-coronarico singolo e/o multiplo
- Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
- Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C. E.C.) - interventi di, salvo gli interventi descritti
- Correzione di coartazione aortica
- Fistole arterovenose del polmone, interventi per – Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
- Pericardiectomia parziale e totale
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorta coronarico (C.E.C.)
- Valvuloplastica chirurgica
- Impianto di pace maker endocavitario ed eventuale riposizionamento

COLLO

- Tiroidectomia totale
- Timectomia per via cervicale
- Resezione dell'esofago cervicale

CHIRURGIA GENERALE - ESOFAGO

- Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
- Esofagoplastica
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne e megaesofago
- Operazioni per tumori, resezioni parziali basse, alte e totale

CHIRURGIA GENERALE - FEGATO E VIE BILIARI

- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Deconnessione azygos- portale per via addominale
- Epatocoleodotomia

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

- Intervento per la ricostruzione delle vie biliari
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Resezioni epatiche maggiori
- Interventi per pancreatite
- Intervento per neoplasia pancreatico

CHIRURGIA GENERALE - INTESTINO

- Colectomia totale ed emicolectomia
- Megacolon: operazione addominoperineale di Buhamel e Swenson
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia

CHIRURGIA GENERALE - RETTO - ANO

- Amputazione del retto per via addominoperineale in un tempo o in più tempi
- Resezione anteriore retto-colica

CHIRURGIA GENERALE - PANCREAS, MILZA

- Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia
- Enucleazione delle cisti
- Intervento per cisti e pseudocisti
- Interventi per fistole pancreatiche
- Marsupiazione
- Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- Pancreatite acuta, interventi demolitivi

CHIRURGIA GENERALE - STOMACO, DUODENO

- Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Resezione gastrica da neoplasie maligne
- Resezione gastro-digunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Stenosi congenita del piloro

CHIRURGIA ORO - MAXILLO - FACCIALE

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

- Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento laterocervicale funzionale o radicale
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Asportazione tumore di Wilms
- Atresia dell'ano con fistola retto- uretrale, retto-vulvare
- Abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale
- Cranio bifido con meningoencefalocele
- Esofago, atresia o fistole congenite del (trattamento completo)
- Neuroblastoma addominale
- Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva
- Spina bifida: meningocele
- Spina bifida: mielomeningocele

CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA

- Aplasia della vagina, ricostruzione per

CHIRURGIA TORACO - POLMONARE

- Ernia del diaframma
- Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per
Interventi per fistole bronchiali – cutanee Interventi su polmone cistico e policistico
- Pneuropneumectomia
- Pneumectomia, intervento di
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Timectomia per via toracica
- Toracoplastica totale

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

CHIRURGIA VASCOLARE

- Aneurismi aorta addominale con dissecazione: resezione e trapianto
- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale succlavia, tronco branco-cefalico, aorta ed iliaiche
- Operazioni sulla aorta toracica ed addominale

GINECOLOGIA

- Isterectomia con annessionectomia e linfadenectomie per tumori maligni
- Mastectomia, quadrantectomia e linfadenectomie per tumori maligni

NEUROCHIRURGIA

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, interventi di
- Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- Encefalomeningocele, intervento per
- Fistola liquorale
- Interventi per epilessia focale
- Ipofisi, intervento per via transfenoidale
- Malformazione aneurismatica (aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi)
- Mielomeningocele, intervento per
- Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
- Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma endocranico
- Rizotomie e micro decompressioni radici endocraniche
- Scheggetomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
- Traumi vertebro- midollari via anteriore, intervento per

**Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio**

- Traumi vertebro-midollari via posteriore
- Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- Tumori orbitari, intervento per

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - INTERVENTI CRUENTI

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- Artroprotesi spalla, parziale
- Disarticolazione interscapolotoracica
- Emi pelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Scoliosi, intervento per
- Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)
- Amputazione anatomica totale o parziale di arti superiori e inferiori (escluso dita)
- Protesi d'anca parziale o completa

OTORINOLATRINGOIATRIA - LARINGE E IPOFARINGE

- Laringofaringectomia totale

UROLOGIA - APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfodecneomie per tumori maligni

UROLOGIA - RENE

- Nefroureterectomia radicale più trattamento trombocavale (compresa surrenectomia)
- Surrenectomia
- Nefrectomia allargata per neoplasia con embolectomia

UROLOGIA - URETERE

- Mega uretere resezione con reimpianto
- Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale), intervento di

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

UROLOGIA - VESCICA

- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Estrofilia della vescica e derivazione
- Interventi per fistola vescico-rettale
- Riparazione di fistola vescicointestinale
- Riparazione di vescica estrofica con neovescica rettale

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

ALLEGATO 2

ELENCO GRAVI MALATTIE

CORONAROPATIA: malattia che determini intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie con innesto di by-pass o che richieda tecniche non chirurgiche quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.

ICTUS CEREBRALE: evento cerebro-vascolare avente ripercussioni neurologiche di durata superiore alle ventiquattro ore e implicante morte di tessuto cerebrale con esiti disfunzionali accertati.

INFARTO DEL MIOCARDIO: morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito ad afflusso insufficiente di sangue nell'area di interesse.

Edizione elaborata dal Gruppo Interforze

Approvazione agli atti dell'Ufficio

Visto per la trasmissione

Firmato digitalmente da:

Daniela Peranzoni

Ministero dell'Interno - Dipartimento della P.S.

(ALL. 12 - SCHEMA DI QUOTAZIONE/OFFERTA POLIZZE AGGIUNTIVE FACOLTATIVE)

**PER LA PROCEDURA PER L'APPALTO DEL SERVIZIO ASSICURAZIONE
SANITARIA A FAVORE DEL PERSONALE DEL MINISTERO DELL'INTERNO**

Con la presentazione della domanda di partecipazione alla procedura e dell'offerta economica per la Polizza BASE (Piano di Assistenza Sanitaria prestato in favore del personale in servizio della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria con oneri a carico dell'Amministrazione):

il sottoscritto WALTER MARTUCCI nato a ROMA il 05/02/1961

C.F. MRTWTR61B05H501V domiciliato per la carica presso la sede societaria ove appresso nella sua qualità di AMM. DELEGATO e legale rappresentante avente i poteri necessari per impegnare la CASPIE nella presente procedura, con sede in ROMA via G. MERCALLI 80 ~~iscritta al Registro delle Imprese di~~
~~----- al n. -----~~ codice fiscale n 97288610583 CCNL applicato ASSICURATIVO Settore ASSICURAZIONI che partecipa all'iniziativa nella seguente forma: **IMPRESA SINGOLA**

(INDICARE UNA DELLE FORME DI PARTECIPAZIONE DI CUI ALL'ART. 45, COMMA 2, DEL CODICE, ivi inclusa la "Coassicurazione", che, ai fini della presente procedura è equiparata al RTI) **si obbliga altresì a consentire le seguenti coperture aggiuntive,** attivabili a richiesta degli interessati e con oneri a carico dei medesimi assistiti:

1. estensione della Polizza BASE al nucleo familiare del personale in servizio assistito, alle stesse condizioni tecniche (**POLIZZA ESTESA 1**);
2. estensione della Polizza BASE al personale in quiescenza alle stesse condizioni tecniche (**POLIZZA ESTESA 2**);
3. estensione della Polizza BASE al nucleo familiare del personale in quiescenza che abbia sottoscritto la polizza ESTESA 2 alle stesse condizioni tecniche (**POLIZZA ESTESA 3**);
4. servizio di assistenza sanitaria aggiuntivo (**Polizza FULL GOLD e Polizza FULL PLATINUM**) con le prestazioni ulteriori rispetto a quelle previste dalla Polizza Base, come previste dal Capitolato Tecnico.

PERSONE ASSICURATE e OBBLIGO CONTRATTUALE

Quelle identificate dagli articoli 3 e 4 del Capitolato Tecnico ("Piano di assistenza sanitaria") ove sono contenute le condizioni di copertura assicurativa applicabili. I discendenti obblighi sono riportati negli articoli 6, 7 e 8 dello schema di contratto.

SCHEMA DI QUOTAZIONE - PREMI ANNUI PRO CAPITALE LORDI

1. **POLIZZA ESTESA 1:** estensione /inclusione, a richiesta dell'assicurazione/assistenza prevista nella Polizza BASE al nucleo familiare del personale in servizio della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria con premio/contributo pro capite a carico dell'assicurato /assistito come di seguito indicato:
€ 108 / 00
2. **POLIZZA ESTESA 2:** estensione /inclusione, a richiesta, dell'assicurazione /assistenza prevista nella Polizza BASE al personale in quiescenza della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria, con premio/contributo pro capite a carico dell'assicurato/Assistito come di seguito indicato:
€ 165 / 00
3. **POLIZZA ESTESA 3:** estensione /inclusione, a richiesta, dell'assicurazione /assistenza prevista nella Polizza BASE al nucleo familiare del personale in quiescenza della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria che abbiano sottoscritto la polizza ESTESA 2, con premio/contributo pro capite a carico dell'assicurato/Assistito come di seguito indicato:
€ 165 / 00
4. **Polizza FULL GOLD:** polizza /assistenza, a richiesta, con prestazioni ulteriori rispetto a quelle già comprese nella Polizza BASE dedicata come previsto dal Capitolato Tecnico, cui possono aderire volontariamente con premio/contributo pro capite interamente a carico dell'assicurato/Assistito:
 - a. il Personale della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria in servizio: € 1.480 / 00
 - b. il nucleo familiare del Personale della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria in servizio: € 1.480 / 00
 - c. il Personale in quiescenza della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria: € 2.260 / 00
 - d. il nucleo familiare del Personale in quiescenza della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria: € 2.260 / 00
5. **Polizza FULL PLATINUM:** polizza /assistenza, a richiesta, con prestazioni ulteriori rispetto a quelle già comprese nella Polizza BASE dedicata, cui possono aderire volontariamente con premio/contributo interamente a carico dell'assicurato/Assistito come di seguito indicato:

- a. il Personale della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria in servizio: € 1.950 / 00
- b. il nucleo familiare del Personale della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria in servizio: € 1.950 / 00
- c. il Personale in quiescenza della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria: € 3.000 / 00
- d. il nucleo familiare del Personale in quiescenza della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria: € 3.000 / 00

Le quotazioni proposte rimangono valide per un periodo non inferiore a 6 (sei) mesi dalla data di scadenza nella presentazione dell'offerta.

Ai fini dell'aggiudicazione, le suddette quotazioni **non saranno oggetto di valutazione/comparazione delle offerte**, che pertanto verterà esclusivamente sul ribasso proposto su "Premio pro capite annuo base d'asta" per la Polizza BASE.

In caso di aggiudicazione il presente documento verrà allegato al contratto all'atto della stipula.

Firma

WALTER MARTUCCI

(firmato digitalmente)



Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA

DIREZIONE CENTRALE DEI SERVIZI TECNICO-LOGISTICI E DELLA GESTIONE PATRIMONIALE

PATTO DI INTEGRITÀ

Relativo all'Appalto Specifico nr 3022170 per il "Servizio di copertura assicurativa integrativa e complementare a favore del personale della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria, sia in servizio che in quiescenza, ed i loro familiari, in lotto unico, dalle ore 24:00 del 01/01/2023 alle ore 24:00 del 31/12/2023" - CIG 9256143AD5

TRA

Ministero dell'Interno – Dipartimento Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale – C.F. 80202230589

E

L'Impresa	CASPIE – CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA (di seguito denominata Impresa)
sede legale in	VIA GIUSEPPE MERCALLI n. 80 – 00197 ROMA
Codice Fiscale / P. IVA	97288610583
rappresentata da	WALTER MARTUCCI
in qualità di	AMMINISTRATORE DELEGATO

VISTO

l'art. 1, comma 17, della legge 6 novembre 2012, n. 190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione";
il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 approvato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con Delibera n.831 del 3 agosto 2016;
il D. Lgs 18 aprile 2016, n. 50 recante: "Attuazione delle Direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE" e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture";
il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2020 – 2022 del Ministero dell'Interno, adottato con decreto del Ministro in data 28 gennaio 2016;

il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, con il quale è stato emanato il “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’art.54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165”;
il Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero dell’Interno, adottato con decreto del sig. Ministro in data 08 agosto 2016;

L’AMMINISTRAZIONE e L’IMPRESA CONVENGONO QUANTO SEGUE:

Articolo 1 (Ambito di applicazione e finalità)

1. Il presente Patto va applicato in tutte le procedure di gara sopra e sotto soglia comunitaria, salvo che per l’affidamento specifico sussista già un apposito Patto di integrità predisposto da altro soggetto giuridico (Consip). Nelle procedure sotto soglia vanno ricompresi anche gli affidamenti effettuati sotto il limite dei 40.000,00 euro (quarantamila euro).
2. Il presente Patto di integrità rappresenta una misura di prevenzione nei confronti di pratiche corruttive, concessive o comunque tendenti ad inficiare il corretto svolgimento dell’azione amministrativa nell’ambito dei pubblici appalti banditi dall’Amministrazione.
3. Il patto disciplina e regola i comportamenti degli operatori economici che prendono parte alle procedure di affidamento e gestione degli appalti di lavori, servizi e forniture, nonché del personale appartenente all’Amministrazione.
4. Nel Patto sono stabilite reciproche e formali obbligazioni tra L’Amministrazione e l’Impresa partecipante alla procedura di gara ed eventualmente aggiudicataria della gara medesima, affinché i propri comportamenti siano improntati all’osservanza dei principi di lealtà, trasparenza e correttezza in tutte le fasi dell’appalto, dalla partecipazione all’esecuzione contrattuale.
5. Il Patto, sottoscritto per accettazione dal legale rappresentante dell’Impresa e dall’eventuale Direttore/i Tecnico/i, è presentato dalla Impresa medesima allegato alla documentazione relativa alla procedura di gara oppure, nel caso di affidamenti con gara informale, unitamente alla propria offerta, per formarne, in entrambi i casi, parte integrante e sostanziale. Nel caso dei Consorzi o Raggruppamenti Temporanei di Imprese, il Patto va sottoscritto dal legale rappresentante del Consorzio nonché di ciascuna delle Imprese consorziate o raggruppate e dall’eventuale loro Direttore/i Tecnico/i. Nel caso di ricorso all’avvalimento, il Patto va sottoscritto anche dal legale rappresentante della Impresa e/o Imprese ausiliaria/e e dall’eventuale Direttore/i Tecnico/i. Nel caso di subappalto – laddove consentito – il Patto va sottoscritto anche dal legale rappresentante del soggetto affidatario del subappalto medesimo, e dall’eventuale Direttore/i Tecnico/i.
6. In caso di aggiudicazione della gara il presente Patto verrà allegato al contratto, da cui sarà espressamente richiamato, così da formarne parte integrante e sostanziale.
7. La presentazione del Patto, sottoscritto per accettazione incondizionata delle relative prescrizioni, costituisce per l’impresa concorrente condizione essenziale per l’ammissione alla procedura di gara indicata, pena l’esclusione dalla medesima. La carenza della dichiarazione di accettazione del Patto di integrità o la mancata produzione dello stesso debitamente sottoscritto dal concorrente, sono regolarizzabili attraverso la procedura di soccorso istruttorio di cui all’art. 83, comma 9, del d. lgs. n.50/2016, con l’applicazione della sanzione pecuniaria stabilita nella relativa procedura di gara.

Articolo 2 (Obblighi dell’Impresa)

1. L’Impresa conforma la propria condotta ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza.
2. L’Impresa si impegna a non offrire somme di denaro, utilità, vantaggi, benefici o qualsiasi altra ricompensa, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al personale dell’Amministrazione, ovvero a terzi, ai fini dell’aggiudicazione della gara o di distorcere il corretto svolgimento.
3. L’Impresa si impegna a non offrire somme di denaro, utilità, vantaggi, benefici o qualsiasi altra ricompensa, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al personale

dell'Amministrazione, ovvero a terzi, ai fini dell'assegnazione del contratto o distorcerne la corretta e regolare esecuzione.

4.L'impresa, salvi ed impregiudicati gli obblighi legali di denuncia alla competente Autorità Giudiziaria, segnala tempestivamente all'Amministrazione qualsiasi fatto o circostanza di cui sia a conoscenza, anomalo, corruttivo o costituente altra fattispecie di illecito ovvero di suscettibile di generare turbativa, irregolarità o distorsione nelle fasi di svolgimento del procedimento di gara. Agli stessi obblighi, è tenuta anche l'Impresa aggiudicataria della gara nella fase dell'esecuzione del contratto.

5.Il legale rappresentante dell'Impresa informa prontamente e puntualmente tutto il personale di cui si avvale, circa il presente Patto di Integrità e gli obblighi in esso contenuti e vigila scrupolosamente sulla loro osservanza.

6. Il legale rappresentante dell'Impresa segnala eventuali situazioni di conflitto di interesse, di cui sia a conoscenza, rispetto al personale dell'Amministrazione.

7. Il legale rappresentante dell'Impresa dichiara:

- di non aver in alcun modo influenzato il procedimento amministrativo diretto a stabilire il contenuto del bando di gara e della documentazione tecnica e normativa ad esso allegata, al fine di condizionare la determinazione del prezzo posto a base d'asta ed i criteri di scelta del contraente, ivi compresi i requisiti di ordine generale, tecnici, professionali, finanziari richiesti per la partecipazione ed i requisiti tecnici del bene, servizio o opera oggetto dell'appalto.

- di non trovarsi in situazioni di controllo o di collegamento (formale e/o sostanziale) con altri concorrenti e che non si è accordato e non si accorderà con altri partecipanti alla gara per limitare la libera concorrenza e, comunque, di non trovarsi in altre situazioni ritenute incompatibili con la partecipazione alle gare dal Codice degli Appalti, dal Codice Civile ovvero dalle altre disposizioni normative vigenti;

- di non aver conferito incarichi ai soggetti di cui all'art. 53, c. 16 –ter del D. Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 così come integrato dall'art. 21 del D. Lgs. 8.42013 n.39, o di non aver stipulato contratti con i medesimi soggetti;

- di essere consapevole che, qualora venga accertata la violazione del suddetto divieto di cui all'art.53, comma 16 –ter, del D.Lgs 30 marzo 2001 n. 165 così come integrato dall'art. 21 del D.Lgs. 8.42013 n.39 verrà disposta l'immediata esclusione dell'Impresa dalla partecipazione alla procedura d'affidamento.

- di impegnarsi a rendere noti, su richiesta dell'Amministrazione, tutti i pagamenti eseguiti e riguardanti il contratto eventualmente aggiudicatole a seguito della procedura di affidamento.

Articolo 3 (Obblighi dell'Amministrazione)

1.L'Amministrazione conforma la propria condotta ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza.

2.L'Amministrazione informa il proprio personale e tutti i soggetti in essa operanti, a qualsiasi titolo coinvolti nella procedura di gara sopra indicata e nelle fasi di vigilanza, controllo e gestione dell'esecuzione del relativo contratto qualora assegnato, circa il presente Patto di Integrità e gli obblighi in esso contenuti, vigilando sulla loro osservanza.

3.L'Amministrazione attiverà le procedure di legge nei confronti del personale che non conformi il proprio operato ai principi richiamati al comma primo, ed alle disposizioni contenute nel codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, ovvero nel Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero dell'Interno.

4.L'Amministrazione aprirà un procedimento istruttorio per la verifica di ogni eventuale segnalazione ricevuta in merito a condotte anomale, poste in essere del proprio personale in relazione al procedimento di gara ed alle fasi di esecuzione del contratto.

5.-L'Amministrazione formalizza l'accertamento delle violazioni del presente Patto di Integrità, nel rispetto del principio del contraddittorio.

Articolo 4 (Sanzioni)

1.L'accertamento del mancato rispetto da parte dell'Impresa anche di una sola delle prescrizioni indicate all'art. 2 del presente Patto potrà comportare oltre alla segnalazione agli Organi competenti, l'applicazione, previa contestazione scritta, delle seguenti sanzioni:

- esclusione dalla procedura di affidamento ed escussione della cauzione provvisoria a garanzia della serietà dell'offerta, se la violazione è accertata nella fase precedente all'aggiudicazione dell'appalto;
- revoca dell'aggiudicazione ed escussione della cauzione se la violazione è accertata nella fase successiva all'aggiudicazione dell'appalto ma precedente alla stipula del contratto;
- risoluzione del contratto ed escussione della cauzione definitiva a garanzia dell'adempimento del contratto, se la violazione è accertata nella fase di esecuzione dell'appalto.

Articolo 5 (Controversie)

La risoluzione di ogni eventuale controversia relativa all'interpretazione ed alla esecuzione del presente Patto di Integrità è demandata all'Autorità Giudiziaria competente.

Articolo 6 (Durata)

Il presente Patto di Integrità e le relative sanzioni si applicano dall'inizio della procedura volta all'affidamento e fino alla regolare ed integrale esecuzione del contratto assegnato a seguito della procedura medesima.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La CASPIE Cassa di Assistenza Sanitaria CF 97288610583, Titolare del Trattamento dei Dati Personali, La informa, come previsto dal regolamento (UE) 2016/679 (di seguito il GDPR), che i suoi dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità di seguito indicate. A tal fine, di seguito forniamo una precisa informativa, unitamente al modulo di adesione alla CASPIE, contenente anche il riquadro per la presa visione, che Le chiediamo di compilare, di sottoscrivere, di far leggere e sottoscrivere dai suoi familiari maggiorenni (intendendo tutti i nominativi degli assistiti) ai quali i dati eventualmente si riferiscono.

La invitiamo inoltre a trattenere copia del modulo che, debitamente compilato anche dai propri familiari maggiorenni (quando necessario), verrà restituito alla CASPIE.

I dati personali in possesso della CASPIE sono:

- forniti direttamente dall'assistito (come nel caso dei dati di tipo sanitario),
- oppure sono raccolti per il tramite dell'azienda da cui l'interessato dipende, al momento dell'avvio del rapporto di lavoro; successivamente nel corso del prosieguo del rapporto di lavoro quando si verificano variazioni definitive o provvisorie dei dati stessi, quando la stessa azienda è parte attiva in alcune fasi della procedura di rimborso.

Le informazioni raccolte riguardano: i dati anagrafici, la qualifica aziendale se comunicata, le generalità dei familiari e/o componenti il nucleo assistito, le certificazioni mediche soggette a rimborsi.

Per l'adempimento degli specifici obblighi assistenziali assunti, la CASPIE viene necessariamente a conoscenza di tali dati, personali e sanitari, senza dei quali non sarebbe possibile il completo rimborso delle spese mediche sostenute ed una corretta gestione delle relative pratiche.

Può accadere inoltre che la CASPIE, sempre nel trattamento dei documenti e dati sanitari indispensabili per l'espletamento delle pratiche di rimborso (ad esempio, certificati di gravidanza e maternità; certificati di invalidità e appartenenza a categorie protette), possa venire occasionalmente in possesso anche di altri dati che, per la loro natura, il GDPR definisce "particolari" (in quanto da questi dati possono eventualmente desumersi l'origine razziale ed etnica dell'interessato, le sue convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni di carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché aspetti relativi alla vita sessuale).

Per il trattamento dei Suoi dati sanitari e di eventuali altri dati di natura "particolare", ove strettamente necessari per l'erogazione di prestazioni e servizi della CASPIE, il GDPR richiede Le sia data la presente specifica informativa, per l'avvenuta presa visione della quale, La preghiamo di apporre la Sua sottoscrizione nell'allegato modulo.

I dati sono trattati, mediante l'impiego di idonee misure di sicurezza e riservatezza, nell'ambito della normale attività di assistenza sanitaria integrativa della CASPIE, attraverso l'utilizzo di strumenti anche informatici e telematici e con modalità strettamente correlate, in particolare, al perseguimento delle finalità di:

- gestione delle pratiche di rimborso delle spese sanitarie sostenute,
- erogazione del servizio di consultazione dei dati sanitari, eventualmente attivato dall'assistito,
- fornitura degli altri servizi di urgenze e prenotazioni di prestazioni sanitarie, consulenza sanitaria, assistenza domiciliare, ecc.,
- adempimento di obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalle normative comunitarie, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo.

Salva diversa indicazione dell'interessato, alcuni dati, non sensibili, possono essere utilizzati dalla CASPIE per migliorare i rapporti con gli assistiti o per inviare comunicazioni ed informazioni relative alle proprie attività e prossime iniziative (ad esempio, pubblicazioni e riviste periodiche della Cassa).

Per lo svolgimento di diverse attività la CASPIE ha l'esigenza di comunicare alcuni dati degli assistiti anche a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli, in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento, per l'effettuazione di lavorazioni necessarie per l'erogazione delle prestazioni o dei servizi richiesti, o per svolgere attività di supporto al funzionamento ed all'organizzazione del lavoro d'ufficio e delle pratiche di rimborso in genere.

In particolare, i dati sanitari forniti dagli assistiti non sono divulgati a terzi e possono essere comunicati, per la gestione, l'omologazione e la liquidazione delle richieste di rimborso, soltanto a:

- specialisti medici o consulenti comunque esercenti le professioni sanitarie,
- compagnie di assicurazioni collegate alla CASPIE e loro società di servizi,
- in casi particolari, società di intermediazione assicurativa, consulenti legali e fiscali.

Alle società o compagnie convenzionate con la CASPIE per l'erogazione degli altri servizi di urgenze e prenotazioni di prestazioni sanitarie, assistenza domiciliare, ecc. sono comunicati solo i dati anagrafici necessari a comprovare l'adesione alla Cassa. L'elenco di tali specifici soggetti, società e professionisti è comunque disponibile dietro semplice richiesta al Responsabile della Protezione dei Dati, "Data Protection Officer - DPO" di CASPIE scrivendo a dpoc@caspie.eu.

In qualsiasi momento, l'assistito potrà verificare i dati che lo riguardano, ed eventualmente farli correggere, aggiornare o cancellare o rettificare o, se vi è interesse, ad integrare o limitare (ai sensi degli artt 15-20 del GDPR), scrivendo o contattando la CASPIE ai recapiti sopra indicati.

Per qualsiasi ulteriore informazione relativa al trattamento dei Suoi dati personali, può consultare il link "GDPR" nella pagina <https://www.caspieline.eu> o scrivere all'avvocato Francesca Romana Grasso, quale DPO di CASPIE o inviare una e-mail all'indirizzo di posta elettronica dpoc@caspie.eu o a mezzo pec a francesca.romana.grasso@ordineavvocatura.org.