

Codice A1006E

D.D. 29 dicembre 2022, n. 750

Procedura aperta per l'affidamento del servizio di copertura sanitaria integrativa a favore dei dirigenti regionali in servizio, ai sensi dell'art. 60 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.i. Determina a contrarre. Approvazione del capitolato speciale d'appalto e della scheda di offerta tecnica. Prenotazione di spesa sul capitolo 102080 annualità 2022 Euro 263.820,00; Impegno di spesa sul capitolo 144910/2022 Euro 225,00. Spesa



ATTO DD 750/A1006E/2022

DEL 29/12/2022

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

A1000A - DIREZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

A1006E - Gestione giuridica ed economica del personale

OGGETTO: Procedura aperta per l'affidamento del servizio di copertura sanitaria integrativa a favore dei dirigenti regionali in servizio, ai sensi dell'art. 60 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.i. Determina a contrarre. Approvazione del capitolato speciale d'appalto e della scheda di offerta tecnica. Prenotazione di spesa sul capitolo 102080 annualità 2022 Euro 263.820,00; Impegno di spesa sul capitolo 144910/2022 Euro 225,00. Spesa complessiva per l'acquisizione del servizio Euro 239.975,00.

Premesso che:

Il nuovo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'Area Funzioni locali per la dirigenza, sottoscritto il 17 dicembre 2020, ha dato la possibilità agli enti di destinare parte delle risorse del fondo integrativo al welfare integrativo, demandando alla contrattazione integrativa la definizione dei criteri, delle tipologie di benefici e delle risorse ad esso destinate;

Il contratto integrativo relativo al personale di area dirigenziale della Giunta e del Consiglio della Regione Piemonte, per il triennio 2021 – 2023, sottoscritto il 29 dicembre 2021, in armonia con le disposizioni contenute nel CCNL sopra citato, ha previsto all'articolo 7 "*Welfare integrativo*" di destinare agli istituti di welfare integrativo risorse pari a 290.000,00 euro annui lordi.

Le risorse previste dal fondo ammontano ad Euro 290.000,00 lordi annui di cui Euro 26.180,00 destinati al Consiglio regionale per un numero massimo di dirigenti pari a 14, ed Euro 263.820,00 destinati alla Giunta regionale per un numero massimo presunto di dirigenti pari a 141. Con tali risorse saranno pagati il costo della copertura sanitaria integrativa, la sua regolazione e tutti gli oneri dovuti per legge, con l'unica esclusione del contributo Anac, che sarà pagato con le risorse stanziare sul capitolo di bilancio 144910/2022;

Il tavolo di confronto istituito per individuare i criteri per la formulazione dei piani di welfare integrativo e le tipologie di benefici ha deciso, al termine dei lavori, di dare attuazione all'art. 7 del Contratto Integrativo fornendo una forma di assistenza sanitaria integrativa a favore del personale dipendente dell'area dirigenziale in servizio;

L'Amministrazione regionale in materia assicurativa si avvale di un Broker, ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005; la Società di intermediazione è la MARSH S.p.A., il cui incarico è stato formalizzato con contratto rep. n. 356 del 12.8.2022, CIG n. 9220354CD0, con validità dal 16.5.2022 al 15.5.2023;

Tra le prestazioni contrattuali, è previsto che il Broker cooperi con l'Ente nella redazione dei capitolati speciali d'appalto, supporti anche tecnicamente la stazione appaltante nella gestione della procedura ad evidenza pubblica per l'individuazione delle compagnie assicuratrici che sottoscrivono le polizze, elabori progetti e fornisca consulenza in materia assicurativa;

Sulla base delle richieste presentate dalle organizzazioni sindacali di categoria e delle decisioni assunte in sede di contrattazione sindacale, la stazione appaltante ha richiesto al Broker di effettuare delle indagini di mercato e di predisporre il capitolato di gara e la scheda di offerta tecnica;

I contenuti del capitolato e della scheda di offerta tecnica sono stati determinati dal Broker della Regione, sulla base delle richieste avanzate dalla delegazione trattante di categoria, delle decisioni assunte in sede di contrattazione sindacale, dell'esperienza e delle ricerche di mercato effettuate dal Broker stesso;

Ritenuto necessario bandire una gara pubblica per la copertura sanitaria integrativa a favore dei dipendenti regionali dell'area dirigenziale in servizio, il cui capitolato e la cui scheda d'offerta tecnica sono allegati alla presente determinazione per farne parte integrante e sostanziale;

La scelta dell'operatore economico dovrà avvenire mediante esperimento di una procedura aperta ai sensi dell'art. 60 del D. Lgs. n. 50/2016, da aggiudicarsi alle condizioni contrattuali di cui al Capitolato Speciale di Appalto ed al Disciplinare di gara;

L'aggiudicazione avverrà secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, ai sensi dell'art. 95, comma 2 del D. Lgs. n. 50/2016, individuata sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo con l'attribuzione del punteggio come indicato nella scheda di offerta tecnica;

La stazione appaltante intende procedere all'aggiudicazione anche in presenza di una sola offerta valida purché congrua e conveniente; la Regione Piemonte si riserva la facoltà di procedere ai sensi dell'art. 95, comma 12, del D. Lgs. 50/2016 s.m.i.

La durata contrattuale sarà pari a 12 mesi ed il valore stimato della procedura d'appalto ai sensi dell'art. 35 del D. Lgs. n. 50/2016 è di euro 239.975,00;

Il numero dei beneficiari della copertura sanitaria integrativa è soggetto a variazioni nel corso della validità del contratto, il contratto potrà essere modificato, senza una nuova procedura di affidamento, ai sensi dell'art. 106, comma 1, lett. a) del Codice dei contratti, a causa della variazione del numero dei dipendenti da assicurare. Attualmente il numero di dirigenti in servizio presso la Giunta Regionale è di 123;

L'importo degli oneri per la sicurezza da interferenze è pari a Euro 0,00, in quanto non sono previsti rischi interferenziali di cui all'art 26, comma 3, del D. Lgs. n. 81/2008. I costi di manodopera sono stimati dall'Amministrazione Aggiudicatrice Regione Piemonte (art. 23, comma 16 del D. Lgs. n. 50/2016) nel 5% del costo della copertura sanitaria. Resta fermo che il concorrente dovrà indicare nell'offerta economica, a pena di esclusione, i propri costi aziendali concernenti l'adempimento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi del lavoro ed i propri costi della manodopera, ai sensi dell'art. 95, c. 2, del D. Lgs. n. 50/2016;

Il Settore Gestione giuridica ed economica del personale provvede con la presente determinazione ad impegnare sul capitolo 144910 del bilancio gestionale finanziario 2022/2024 la seguente somma:

annualità 2022 cap.144910/2022 Euro 225,00 contributo Anac (codice beneficiario 297876) a carico della stazione appaltante;

Il Settore Gestione giuridica ed economica del personale provvede altresì, con la presente determinazione, a prenotare sul capitolo 102080 del bilancio gestionale finanziario 2022/2024 la seguente somma:

annualità 2022 cap. 102080/2022 Euro 263.820,00 per il pagamento della copertura sanitaria integrativa e della relativa regolazione, nonchè tasse ed oneri dovuti per legge, a favore del soggetto da individuare successivamente e che sarà indicato dalla Compagnia di Assicurazioni che risulterà aggiudicataria della gara ;

Vista la DGR n. 1-5057 del 20 maggio 2022 “Approvazione del Programma Triennale 2022-2024 delle opere e lavori di importo pari o superiore a 100.000,00 euro e del Programma Biennale 2022-2023 degli acquisti di beni e servizi di importo pari o superiore a 40.000,00 euro. Articolo 21 del decreto legislativo n. 50/2016” che prevede di indire la gara per la polizza sanitaria integrativa per i dipendenti regionali – area dirigenziale nel corso dell'anno 2022, con un costo annuo di 290.000,00 euro lordi di cui Euro 26.180,00 destinati al Consiglio regionale per un numero massimo di dirigenti pari a 14 ed Euro 263.820,00 destinati alla Giunta regionale per un numero massimo presunto di dirigenti pari a 141- codice CUI S80087670016202200017;

Ritenuto di accogliere la richiesta del Consiglio Regionale del Piemonte (prot n. 34556 dell'11 novembre 2022), di inserire nel bando e nei documenti di gara una clausola che consenta al Consiglio Regionale di stipulare con l'aggiudicatario, con oneri a proprio carico, una copertura sanitaria integrativa a favore dei dirigenti del Consiglio Regionale del Piemonte, con le stesse condizioni economiche e giuridiche di quella stipulata dalla Giunta Regionale. A tal fine si precisa, a mero titolo informativo, che i dirigenti in servizio presso il Consiglio Regionale del Piemonte attualmente sono 12, mentre la dotazione organica prevede 14 dirigenti;

Precisato che la provvigione spettante al Broker è pari al 7,99% del premio imponibile per la polizza sanitaria integrativa e della successiva regolazione, e che tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Compagnia di Assicurazione alla propria rete di vendita e non potrà, in nessun caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'amministrazione regionale;

Dato atto che prima dell'indizione della procedura si è verificato che i servizi messi a gara non rientrano tra quelli oggetto di convenzioni stipulate dalla Consip o da SCR Spa;

Dato atto di individuare il RUP della procedura di gara nel Dirigente pro tempore del Settore Gestione giuridica ed economica del personale, dott.ssa Francesca RICCIARELLI;

Dato atto che è stato predisposto il progetto di servizio, ai sensi dell'art. 23, comma 15 del D. Lgs. n. 50/2016, allegato alla presente determinazione per farne parte integrante e sostanziale;

Visti il capitolato speciale di appalto e la scheda d'offerta tecnica predisposti dal Broker, nonchè il progetto di servizio ed il quadro economico, allegati alla presente determinazione per farne parte integrante e sostanziale;

Vista la Deliberazione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione n. 830 del 21 dicembre 2021

“Attuazione dell’articolo 1, commi 65 e 67 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, per l’anno 2022”, relativa agli importi di contributo da versare alla stessa da parte delle Stazioni Appaltanti e dei concorrenti alle procedure d’appalto;

Dato atto che, in riferimento al principio contabile della competenza finanziaria potenziata, che costituisce il criterio di imputazione delle obbligazioni attive e passive giuridicamente perfezionate all’esercizio in cui vengono a scadenza, la spesa per la copertura sanitaria integrativa e per tutti gli oneri dovuti per legge, da pagare sul capitolo di bilancio 102080, è imputabile all’annualità 2022, mentre la spesa per il contributo Anac è da pagare sul capitolo di bilancio 144910 dell’annualità 2022;

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto ai sensi della DGR 1-4046 del 17/10/2016, come modificata dalla DGR n. 1-3361 del 14 giugno 2021;

LA DIRIGENTE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- L. n. 241 del 07/08/1990 "Nuove norme sul procedimento amministrativo" e la L.R. n. 14 del 14/10/2014 "Norme sul procedimento amministrativo e disposizioni in materia di semplificazione";
- Vista la L.R. n. 23/2008 "Disciplina dell'organizzazione degli uffici regionali e disposizioni concernenti la dirigenza ed il personale" e s.m.i.;
- Visto il D. Lgs. n. 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e s.m.i.;
- L.R. 01/04/2001 n. 7 "Ordinamento contabile della Regione Piemonte";
- L. n. 266 del 22/11/2002 "Documento unico di regolarità contributiva";
- L. n. 217 del 17/12/2010 "Conversione in Legge con modificazione del Decreto legge 187/2010 recante misure urgenti in materia di sicurezza";
- L. n. 136 del 13/08/2010 "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia";
- Visto il D. Lgs. n. 118/2011 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42";
- Vista la legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Visto il D. Lgs. n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e s.m.i.;
- Visto il D. Lgs. n. 50/2016 "Codice dei contratti pubblici" e s.m.i.;
- Visto il D.L. n. 76 del 16 luglio 2020 (cd. Decreto Semplificazioni), convertito in Legge n. 120 dell'11 settembre 2020;
- Vista la Legge regionale 29 aprile 2022, n. 5 del "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale di previsione 2022-2024 - (Legge di stabilità regionale 2022)";
- Vista la Legge regionale 29 aprile 2022, n. 6 "Bilancio di previsione finanziario 2022-

2024";

- Vista la Legge regionale 2 agosto 2022 n. 13 "Assestamento al bilancio di previsione finanziario 2022-2024";
- Vista la Legge regionale n. 18 del 18 novembre 2022, "Disposizioni finanziarie e variazione del bilancio di previsione finanziario 2022-2024";
- Vista la D.G.R. n. 1-4046 del 17/10/2016 "Approvazione della "Disciplina del sistema dei controlli interni" come modificata dalla DGR n. 1-3361 del 14 giugno 2021;
- Vista la D.G.R. n. 13-3370 del 30/05/2016 "Approvazione dello schema di protocollo d'intesa con le organizzazioni sindacali recante "Linee guida in materia di appalti pubblici e concessioni di lavori, forniture e servizi" e direttive volte alla sua attuazione";
- Vista la D.G.R n. 1-4970 del 04/05/2022 - Legge regionale 29 aprile 2022, n. 6 "Bilancio di previsione finanziario 2022-2024". Approvazione del Documento Tecnico di Accompagnamento e del Bilancio Finanziario Gestionale 2022-2024;
- Vista la D.G.R. 89-6082 del 25/11/2022 "Attuazione della L.R. 18 novembre 2022, n. 18. Disposizioni finanziarie e variazione del bilancio di previsione finanziario 2022-2024. Modifica del bilancio finanziario gestionale 2022-2024";
- Vista la D.G.R. n. 12-5546 del 29/08/2017 "Istruzioni operative in materia di rilascio del visto preventivo di regolarità contabile e altre disposizioni in materia contabile" e la Circolare n. 30568/A1102A del 2/10/2017;
- Vista la D.G.R. n. 43-3529 del 9.7.2021 Approvazione "Regolamento regionale di contabilità della Giunta regionale. Abrogazione del regolamento regionale 5 dicembre 2001, n. 18/R" (DPGR 16 luglio 2021 n. 9/R);
- Vista la D.G.R. n. 1-4936 del 29/04/2022 "Approvazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per gli anni 2022-24 della Regione Piemonte";
- Vista la DGR n. 1-5057 del 20 maggio 2022 "Approvazione del Programma Triennale 2022-2024 delle opere e lavori di importo pari o superiore a 100.000,00 euro e del Programma Biennale 2022-2023 degli acquisti di beni e servizi di importo pari o superiore a 40.000,00 euro. Articolo 21 del decreto legislativo n. 50/2016";

DETERMINA

di procedere per le motivazioni di fatto e di diritto indicate in narrativa, all'indizione della gara a procedura aperta per l'affidamento del servizio di copertura sanitaria integrativa per i dipendenti regionali dell'area dirigenziale in servizio, ai sensi dell'art. 60 del D. Lgs. n. 50/2016, secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, ai sensi dell'art. 95, comma 2 del D. Lgs. n. 50/2016, individuata sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo con l'attribuzione del punteggio come indicato nella scheda di offerta tecnica allegata;

di procedere all'aggiudicazione anche in presenza di una sola offerta valida purché congrua e conveniente; la Regione Piemonte si riserva la facoltà di procedere ai sensi dell'art. 95, comma 12, del D. Lgs. n. 50/2016 s.m.i.;

di approvare il capitolato speciale di appalto e la scheda di offerta tecnica predisposti dal Broker, nonché il progetto di servizio e il quadro economico, tutti allegati alla presente determinazione per farne parte integrante e sostanziale;

di dare atto che il pagamento del costo della copertura sanitaria integrativa e della relativa regolazione verrà effettuato a favore del soggetto che sarà indicato dalla Compagnia Assicuratrice aggiudicataria della gara;

di dare atto che la durata del servizio in oggetto è di 12 (dodici) mesi con decorrenza dal 1 Aprile 2023 e scadenza alle ore 24.00 del 31 Marzo 2024;

di attestare che la spesa complessiva presunta per la procedura d'appalto è pari ad € 239.975,00 oneri inclusi, ed è assunta nel rispetto dei limiti di cui alla L.R. 29/04/2022 n. 6 "Bilancio di previsione finanziario 2022-2024" e della L.R. 2/8/2022 n. 13 "Assestamento al bilancio di previsione finanziario 2022-2024" e nel rispetto del principio contabile della competenza finanziaria potenziata;

n. assicurati 123

importo pro capite Euro 1700,00 o.f.i.

importo totale Euro 209.100,00 o.f.i.

importo regolazione Euro 30.650,00

contributo ANAC Euro 225,00

Costo complessivo per l'acquisizione del servizio Euro 239.975,00

di dare atto che il numero dei beneficiari della polizza è soggetto a cambiamenti nel corso della validità del contratto, pertanto il contratto potrà essere modificato, senza una nuova procedura di affidamento, ai sensi dell'art. 106, comma 1, lett. a) del Codice dei contratti, a causa della variazione del numero dei dipendenti da assicurare. Il numero degli assicurati potrebbe raggiungere il numero presunto di 141;

di accogliere la richiesta presentata dal Consiglio Regionale del Piemonte di inserire nel bando e nei documenti di gara una clausola che consenta al Consiglio Regionale di stipulare con l'aggiudicatario, con oneri a proprio carico, una polizza sanitaria integrativa a favore dei dirigenti del Consiglio Regionale del Piemonte con le stesse condizioni economiche e giuridiche di quella stipulata dalla Giunta Regionale. A tal fine si precisa, a mero titolo informativo, che i dirigenti attualmente in servizio presso il Consiglio Regionale del Piemonte sono 12, mentre la dotazione organica prevede 14 dirigenti;

Il Settore Gestione giuridica ed economica del personale provvede con la presente determinazione ad impegnare sul capitolo 144910 del bilancio gestionale finanziario 2022/2024 la seguente somma:

annualità 2022 cap.144910/2022 Euro 225,00 contributo Anac (codice beneficiario 297876) a carico della stazione appaltante;

Il Settore Gestione giuridica ed economica del personale provvede altresì, con la presente determinazione, a prenotare sul capitolo 102080 del bilancio gestionale finanziario 2022/2024 la seguente somma:

annualità 2022 cap. 102080/2022 Euro 263.820,00 tasse ed oneri dovuti per legge inclusi per il pagamento della copertura sanitaria integrativa e della relativa regolazione a favore del soggetto da individuare successivamente e che sarà indicato dalla Compagnia di Assicurazioni che risulterà aggiudicataria della gara;

La transazione elementare dei movimenti contabili è rappresentata dall'allegato "Appendice A – Elenco registrazioni contabili" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di individuare il RUP della procedura di gara nel Dirigente pro tempore del Settore Gestione giuridica ed economica del personale, dott.ssa Francesca Ricciarelli;

di attestare la regolarità amministrativa del presente atto ai sensi della DGR n. 1-4046 del 17/10/2016, come modificata dalla DGR n. 1-3361 del 14 giugno 2021;

di trasmettere la presente determinazione al Settore Contratti -persone giuridiche-espropri-usi civici, competente per lo svolgimento della procedura concorsuale e per il compimento delle formalità di legge;

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della l.r. n. 22/2010.

La presente determinazione è soggetta a pubblicazione ai sensi degli articoli 23, comma 1, lettera b) e 37 del D. Lgs. n. 33/2013.

Avverso la presente determinazione è possibile ricorrere al Tribunale Amministrativo regionale entro 30 giorni dalla conoscenza dell'atto, secondo quanto previsto all'art. 120 del Decreto legislativo n. 104 del 2 luglio 2010 (Codice del processo amministrativo).

LA DIRIGENTE (A1006E - Gestione giuridica ed economica del personale)

Firmato digitalmente da Francesca Ricciarelli

Allegato

Quadro economico della copertura sanitaria integrativa

L'importo a base di gara è € 209.100,00.

costo pro capite o.f.i € 1.700,00

€ 1.700,00 x 123= € 209.100,00 costo annuo oneri fiscali inclusi

Costo complessivo per l'acquisizione del servizio

N. Assicurati	123
Importo annuo ofi	€ 209.100,00
Importo regolazione	€ 30.650,00
Oneri per la sicurezza da interferenze non soggetti a ribasso	€ 0,00
Costo della manodopera 5% non a carico della Stazione appaltante	€ 10.455,00
Contributo ANAC	€ 225,00
TOTALE	€ 239.975,00

PROGETTO DI SERVIZIO
ai sensi dell'art. 23, comma 15, del D.lgs. 50/2016 s.m.i.
Servizio di Copertura Sanitaria Integrativa per la Regione Piemonte

Il presente progetto viene redatto ai sensi dell'art. 23, comma 15, del D.lgs 50/2016 e ss.mm.ii (Codice dei contratti pubblici) relativamente all'appalto della copertura sanitaria integrativa a favore dei dirigenti regionali da affidarsi: dal 1.04.2023 alle ore 24.00 del 31.03.2024.

L'art. 23 comma 15 del citato decreto prevede in particolare che per l'affidamento di servizi venga redatto un progetto articolato nei seguenti punti :

- a) relazione tecnico-illustrativa con riferimento al contesto in cui è inserito il servizio;
- b) indicazioni per la stesura dei documenti di cui al D.lgs. 81/2008 per i rischi da interferenza;
- c) calcolo degli importi per l'acquisizione dei servizi;
- d) prospetto economico degli oneri per acquisizione dei servizi;
- e) capitolato speciale descrittivo prestazionale.

1) Relazione tecnico illustrativa con riferimento al contesto in cui è inserito il servizio

Il nuovo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'Area Funzioni locali per la dirigenza, sottoscritto il 17 dicembre 2020, ha dato la possibilità agli enti di destinare parte delle risorse del fondo integrativo al welfare integrativo, demandando alla contrattazione integrativa la definizione dei criteri, delle tipologie di benefici e delle risorse ad esso destinate;

Il Contratto Integrativo relativo al personale di area dirigenziale della Giunta e del Consiglio della Regione Piemonte, per il triennio 2021 – 2023, sottoscritto il 29 dicembre 2021, in armonia con le disposizioni contenute nel CCNL sopra citato, ha previsto all'articolo 7 "*Welfare integrativo*" di destinare agli istituti di welfare integrativo risorse pari a 290.000,00 euro annui lordi.

Le risorse previste dal fondo sono pari ad euro 290.000,00, di cui euro 26.180,00 destinati al Consiglio regionale per un numero massimo di dirigenti pari a 14, ed euro 263.820,00 destinati alla Giunta regionale per un numero massimo presunto di dirigenti pari a 141;

Si è quindi aperto un tavolo di confronto per individuare i criteri per la formulazione di piani di welfare integrativo e le tipologie di benefici.

Al termine delle sedute del tavolo di confronto sopra citato, La Regione Piemonte, in coerenza con quanto previsto dall'art. 7 del Contratto Integrativo, ha deciso di fornire una polizza per il rimborso delle spese sanitarie a favore del personale dipendente dell'area dirigenziale in servizio;

L'Amministrazione regionale in materia assicurativa si avvale di un Broker, ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005; la Società di intermediazione è la MARSH S.p.A., il cui incarico è stato formalizzato con contratto rep. n. 356 del 12.8.2022, CIG n. 9220354CD0, con validità dal 16.5.2022 al 15.5.2023;

Tra le prestazioni contrattuali, è previsto che il Broker cooperi con l'Ente nella redazione dei capitolati speciali d'appalto, supporti anche tecnicamente la stazione appaltante nella gestione della procedura ad evidenza pubblica per l'individuazione delle compagnie assicuratrici che sottoscrivono le polizze, elabori progetti e fornisca consulenza in materia assicurativa;

Sulla base delle richieste presentate dalle organizzazioni sindacali di categoria e delle decisioni assunte in sede di contrattazione sindacale, la stazione appaltante ha richiesto al Broker di effettuare delle indagini di mercato e di predisporre il capitolato di gara e la scheda di offerta tecnica;

I contenuti del capitolato e della scheda di offerta tecnica sono stati determinati dal Broker della Regione, sulla base delle richieste avanzate dalla delegazione trattante di categoria, delle decisioni assunte in sede di contrattazione sindacale, dell'esperienza e delle ricerche di mercato effettuate dal Broker stesso.

Il Consiglio Regionale ha richiesto di inserire negli atti di gara una clausola che gli consenta di stipulare con l'aggiudicatario, con oneri a proprio carico, una copertura sanitaria con le stesse condizioni economiche e giuridiche di quella stipulata dalla Giunta Regionale.

La Regione ha, pertanto, necessità di bandire una procedura di gara aperta per l'affidamento del servizio di copertura sanitaria integrativa a favore dei dipendenti regionali in servizio dell'area dirigenziale.

L'Amministrazione regionale intende così sostenere un programma di protezione della salute dei propri dirigenti in servizio assicurando le prestazioni sanitarie contenute nel capitolato speciale d'appalto. La polizza sanitaria integrativa è quindi rivolta ai dipendenti regionali di area dirigenziale in servizio per un numero massimo presunto di 141 assistiti, per un costo pro capite annuo di euro 1.700,00 oneri fiscali inclusi.

2) Indicazioni e disposizioni per la stesura dei documenti inerenti la sicurezza di cui all'art. 26, comma 3, del D.lgs. 81/2008.

L'affidatario deve osservare le norme e le prescrizioni dei contratti collettivi, delle leggi e dei regolamenti sulla tutela della sicurezza e della salute, sulle assicurazioni e sull'assistenza a favore dei lavoratori.

L'importo degli oneri per la sicurezza da interferenze è pari a € 0,00, in quanto non sono previsti rischi interferenziali di cui all'art 26, comma 3, del d. lgs. 81/2008. I costi di manodopera sono stimati dall'Amministrazione Aggiudicatrice Regione Piemonte (art. 23, comma 16 del d. lgs. 50/2016) nel 5% del costo della copertura sanitaria integrativa.

Resta fermo che il concorrente dovrà indicare nell'offerta economica, a pena di esclusione, i propri costi aziendali concernenti l'adempimento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi del lavoro ed i propri costi della manodopera, ai sensi dell'art. 95, c. 10, del d. lgs. 50/2016.

3) Calcolo dell'ammontare complessivo dell'appalto

L'ammontare complessivo dell'appalto, stimato ai sensi dell'art. 35, comma 4, D.lgs. n. 50/2016 e s.m.i., per la durata di mesi 12 è di € 209.100,00, così ripartito:

Polizza	N. Assicurati attuali	Costo pro capite o.f.i.	Importo annuo o.f.i.	Oneri inerenti la sicurezza	Importo complessivo o.f.i.
Polizza sanitaria	123	1700,00	€ 209.100,00	€ 0,00	€ 209.100,00

4) Prospetto economico degli oneri complessivi necessari per l'acquisizione del servizio.

Per l'acquisizione del presente servizio, gli oneri complessivi, comprensivi anche degli oneri fiscali e del contributo Anac, sono pari a € 239.975,00 come dettagliato nello schema seguente:

QUADRO ECONOMICO POLIZZA ASSICURATIVA SANITARIA INTEGRATIVA

N. Assicurati	123
Importo annuo ofi	€ 209.100,00
Importo regolazione	€ 30.650,00
Oneri per la sicurezza da interferenze non soggetti a ribasso	€ 0,00
Costo della manodopera 5% non a carico della	€ 10.455,00

Stazione appaltante	
Contributo ANAC	€ 225,00
TOTALE	€ 239.975,00

Considerato che il numero dei beneficiari della polizza è soggetto a variazioni nel corso della validità del contratto, il contratto potrà essere modificato, senza una nuova procedura di affidamento, ai sensi dell'art. 106, comma 1, lett. a) del Codice dei contratti, a causa della variazione del numero dei dipendenti da assicurare. Attualmente il numero di dirigenti in servizio è: 123 presso la Giunta Regionale e 12 presso il Consiglio Regionale.

5) Capitolato speciale descrittivo e prestazionale

Il capitolato speciale e la scheda di offerta tecnica della polizza sanitaria integrativa sono allegati alla determina a contrarre.

6) Schema contratto

Lo schema di contratto è il capitolato che, a seguito dell'aggiudicazione, diventerà il testo della polizza sanitaria integrativa.

SCHEMA DI OFFERTA TECNICA

POLIZZA RSMO

Il sottoscritto:.....
Codice fiscale.....
nato a: il: .././....
domiciliato per la carica presso la sede societaria, nella sua qualità di:¹.....
e legale rappresentante dell'Impresa:
con sede legale in:
Via/Piazza:
C.A.P.
Telefono:.....; Fax:.....;
PEC:.....
codice fiscale:
Partita I.V.A.:

- avendo conoscenza integrale di tutte le circostanze generali e speciali concernenti il rischio in oggetto;
- consapevole che per i sub parametri quantitativi l'attribuzione del punteggio avverrà secondo il criterio della proporzionalità specificato nel Disciplinare di Gara

PRESENTA LA SEGUENTE OFFERTA TECNICA

CON RIFERIMENTO A CIASCUNO DEI SUB PARAMETRI DI SEGUITO ELENCATI, IL CONCORRENTE PRESENTA OFFERTA CON LE SEGUENTI MODALITÀ:

¹ **Amministratore munito dei poteri di rappresentanza, procuratore, institore, altro.**

DESCRIZIONE	PUNTEGGIO ASSEGNATO ALL'OPZIONE MIGLIORATIVA		OFFERTA DEL CONCORRENTE <small>(indicare con un segno di spunta l'opzione scelta)</small>	
	SI 2 PT	NO 0 PT	SI	NO
GARANZIA DI ASSISTENZA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA – LTC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MASSIMALE (PT^B)

MASSIMALE	PUNTEGGIO MASSIMO ASSEGNABILE	VALORE DI CAPITOLATO <small>(requisito minimo non riducibile e massimo, quando indicato, non aumentabile)</small>	VALORE OFFERTO DAL CONCORRENTE
Lenti ed occhiali da vista	2	Minimo € 200,00	
Cure domiciliari ed ambulatoriali	15	Minimo € 1.500,00 Massimo € 50.000,00	
Cure e accertamenti odontoiatrici, ecc. ecc.	10	Minimo € 1.000,00	
Medicina Preventiva	17	Minimo € 300,00	
Interventi chirurgici finalizzati alla correzione della	2	Minimo € 1.100,00 <small>(con conseguente adeguamento del</small>	

miopia per singolo occhio		limite per anno)	
Trattamenti fisioterapici e rieducativi	15	Minimo € 500,00	

FRANCHIGIA/SCOPERTO(PT^c)

FRANCHIGIA/SCOPERTO	PUNTEGGIO MASSIMO ASSEGNABILE	VALORE DI CAPITOLATO <small>(requisito massimo non superabile)</small>	VALORE OFFERTO DAL CONCORRENTE
Cure e accertamenti odontoiatrici, ecc. ecc.	5	Scoperto 20% Prestazioni Fuori convenzionamento	
	5	Franchigia € 75,00 per Prestazioni fuori convenzionamento	
	3	Franchigia € 50,00 per Prestazioni in convenzionamento	
Cure domiciliari ed ambulatoriali	10	€ 50 per Prestazioni Fuori convenzionamento (fermo lo scoperto del 20%)	
	5	Franchigia € 20,00 per Prestazioni in convenzionamento	

Area Ricovero, art. 3 – Oggetto dell'assicurazione, lett. a), b), c) (eccetto interventi chirurgici finalizzati alla correzione della miopia)	3	€ 4.000 per Prestazioni Fuori convenzionamento (fermo lo scoperto del 15%)	
Medicina Preventiva	6	Scoperto 20% Prestazioni Fuori convenzionamento	

POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE

La presente polizza è stipulata tra

FONDO SANITARIO

**ASSOCIATO
REGIONE PIEMONTE**

e

SOCIETA'

SEZIONE I – NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO

1. DEFINIZIONI

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Accompagnatore

La persona che assiste l'Assicurato permanendo all'interno dell'istituto di cura e sostenendo spese di carattere alberghiero (vitto e pernottamento).

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione, e più precisamente:

- il Dirigente della Regione Piemonte in servizio,

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma.

Associato

Regione Piemonte

Contraente

Il Fondo Sanitario _____

Iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 Marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 che stipula la polizza per conto dell'Associato

Day Hospital

Degenza in Istituto di Cura in esclusivo regime diurno.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Interventi chirurgici

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza è considerata a tutti gli effetti Malattia.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

La disponibilità unica ovvero la spesa massima liquidabile per ciascun assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo.

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura, comportante almeno un pernottamento.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società

Compagnia di Assicurazioni.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Visita specialistica

La visita effettuata da medico fornito di specializzazione.

2. SOGGETTI ASSICURATI

L'Assicurazione è operante per il Personale Dirigente della Regione Piemonte in servizio.

3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è operante per le spese sostenute dall'Assicurato in caso di malattia o di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto, per le prestazioni sanitarie previste qui di seguito.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato potrà rivolgersi, con le modalità riportate nella Sezione III "*Norme che disciplinano il sinistro*", a:

1 Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società

2 Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

3 Servizio Sanitario Nazionale

La Società assicura, per gli infortuni e le malattie, fino alla concorrenza dei massimali indicati per anno e per assicurato, il rimborso delle spese:

a. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che comporti intervento chirurgico:

- per gli onorari del Chirurgo, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, cure omeopatiche e esami e accertamenti diagnostici durante il periodo del ricovero o in ambulatorio per l'intervento chirurgico
- rette di degenza;
- per il trasporto dell'Assicurato, dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di € 2.600,00 per ricovero;

Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 15% con il massimo di € 4.000,00 per ricovero

b. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che non comporti intervento chirurgico:

- per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, cure omeopatiche e esami e accertamenti diagnostici durante il periodo del ricovero - per il trasporto dell'Assicurato, dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di € 2.600,00 per ricovero;

Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 15% con il massimo di € 4.000,00 per ricovero.

c. in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico di cui ai precedenti punti a. e b. la Società rimborsa **inoltre** le spese sostenute per:

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei Medici) effettuati nei 120 giorni precedenti e relativi all'intervento stesso;
- rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali e prodotti omeopatici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuate nei 120 giorni successivi al ricovero;
- per cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuate nei 120 giorni successivi al ricovero e rese necessarie dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

La garanzia s'intende prestata fino ad un massimo di Euro 5.000,00 per ricovero con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 35,00 per prestazione.

- Relativamente al parto cesareo avvenuto in Istituto di cura, la garanzia s'intende prestata fino ad un massimo di € 10.000,00 per evento. Nel massimale previsto per il parto cesareo sono comprese le rette di degenza, gli onorari medici, assistenza infermieristica, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti anche per il neonato. Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 15% con il massimo di € 4.000,00 per evento.
- Relativamente al parto non cesareo avvenuto in Istituto di cura, la garanzia s'intende prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per evento. Nel massimale previsto per il parto non cesareo sono comprese le rette di degenza, gli onorari medici, assistenza infermieristica, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti anche per il neonato. Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 15% con il massimo di € 4.000,00 per evento.
- Relativamente agli interventi chirurgici finalizzati alla correzione della miopia (con metodica LASER ad eccimeri, PRK e/o LASIK), la garanzia s'intende prestata fino ad un massimo di € 1.100,00 per singolo occhio (2.200€ per anno assicurativo e assicurato) Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 15% con il massimo di € 4.000,00 per evento.

Inoltre la Società, nell'ambito del massimale previsto per il caso di ricovero, rimborsa le spese sostenute per:

- **day hospital** - la garanzia ricovero s'intende estesa anche al caso in cui la degenza avvenga in regime di "day hospital" (degenza diurna); pertanto si precisa che:
- nei casi di degenza diurna con intervento chirurgico vale il massimale stabilito per la garanzia di cui al precedente punto **a.** del presente articolo;
- nei casi di degenza diurna senza intervento chirurgico viene stabilito un sottolimito annuo di € 7.750. Sono comunque escluse le prestazioni relative alle "cure termali";
- **trapianti – donatore** prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore, nel caso di trapianti di organi o parti di essi. Per le donazioni da viventi sono comprese le prestazioni sanitarie durante il ricovero riferite al donatore;
- **prima e dopo ricovero; ricoveri per trapianti - terapie antirigetto** - prestazioni sanitarie fuori ricovero rese necessarie da trapianti di organi o parti di esse effettuate nei 180 giorni prima e dopo il ricovero, compresi i trattamenti mirati alla prevenzione del rigetto;
- **vitto e pernottamento** in Istituto di cura di un accompagnatore dell'Assicurato fino alla concorrenza di € 36,00 giornaliera e con il limite massimo di € 775,00 per ciascun anno

assicurativo. In caso di indisponibilità del pernottamento presso l'Istituto di Cura saranno rimborsate (nei limiti previsti) le spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso strutture alberghiere previa dichiarazione del medico attestante la necessità dell'assistenza al malato e dichiarazione di indisponibilità del pernottamento da parte dell'Istituto di Cura.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 350.000,00 per assicurato.-

d. in caso di cure domiciliari ed ambulatoriali purché pertinenti all'evento denunciato (visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio): la Società rimborsa le spese sostenute

- per onorari medici, purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici;
- per trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo;
- per noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici;
- per accertamenti diagnostici e le analisi di laboratorio prescritti dal Medico curante;
- per medicinali da banco, prodotti omeopatici e galenici purché prescritti dal Medico di Medicina Generale (su ricetta bianca o rossa a seconda che il farmaco sia o non sia riconosciuto dal SSR), con l'esclusione di quelli relativi a fini estetici e dell'igiene personale. Relativamente ai prodotti non ben identificati, nella prescrizione fatta dal Medico di Medicina Generale o dal Medico Specialista, dovrà essere precisato che non sono a fine estetico e/o per l'igiene; a tale scopo l'Assicurato dovrà presentare congiuntamente:
 - a) la ricetta medica in originale o in copia riportante il nominativo dell'assicurato e la diagnosi;
 - b) lo scontrino farmaceutico fiscale con l'indicazione del nome del farmaco acquistato e lo scontrino non fiscale, qualora il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente sul precedente.

Qualora il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente su alcuna tipologia di scontrino, ai fini del rimborso, sarà comunque valida l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

- per agopuntura ed elettro-agopuntura, purché praticati da Medici regolarmente iscritti all'albo;
- per chiropratica;
- per osteopatia;
- per assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal Medico curante, con il limite di € 36,00 giornaliero.

Saranno ammesse al risarcimento solo le notule riportanti la diagnosi.

La garanzia viene prestata sino ad un massimo per anno assicurativo e per assicurato di € 1.500,00 con il sottolimito per i trattamenti fisioterapici e rieducativi di € 500,00 e per i medicinali di € 300,00; per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per prestazione (o ciclo di cura per le prestazioni di fisioterapia). Per prestazioni effettuate in convenzionamento verrà applicata una franchigia di € 20,00 per prestazione.

I medicinali sono rimborsati al 100%

e. in caso di medicina preventiva intendendosi per tali le spese relative alle prestazioni qui di seguito elencate:

- Condizioni speciali "Donna"
 - visita cardiologica,
 - ECG,
 - Rx torace,
 - visita ginecologica comprensiva di paptest,
 - ecografia mammaria,
 - ecografia transvaginale,
 - ecografia addome,
 - esame nevi in epiluminescenza,
 - visita oculistica,
 - visita pneumologica con esame spirometrico,
 - visita urologica,
 - esame del sangue occulto,
 - visita otorinolaringoiatrica,
 - visita dermatologica,
 - Moc Rx densitometria ossea,
 - ecocolordoppler,
 - mammografia

- Condizioni speciali "Uomo"
 - visita cardiologica,
 - ECG,
 - Rx torace,
 - accertamento antigene prostatico specifico,
 - ecografia delle vie urinarie,
 - Psa e Psa free,
 - ecografia addome,
 - esame nevi in epiluminescenza,
 - visita oculistica,
 - visita pneumologica con esame spirometrico,
 - visita urologica,
 - esame del sangue occulto,
 - visita otorinolaringoiatrica,
 - visita dermatologica,
 - Moc Rx densitometria ossea,
 - ecocolordoppler.

Per tutti gli assicurati a prescindere dal sesso: esami del sangue, ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, azotemia(urea), acido urico, creatina, creatinina, emocromo, PTT, PT, VES, transaminasi GPT e GOT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine, esame delle urine completo.

La garanzia viene prestata sino ad un massimo di spesa per anno assicurativo di € 300,00. Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento verrà applicato uno scoperto del 20%

f. in caso di spese extra-ospedaliere (Alta Diagnostica): la Società rimborsa le spese per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono:

- chemioterapia,
- radioterapia,
- cobaltoterapia,
- dialisi,
- doppler,
- elettrocardiografia,
- elettroencefalografia,
- laserterapia,
- risonanza magnetica nucleare,
- scintigrafia,
- TAC,
- telecuore,
- diagnostica radiologica,
- ecografia,
- amniocentesi,
- tecarterapia,
- onde d'urto,
- PET,
- tutti gli esami endoscopici con e senza biopsia,
- agoaspirato,
- pre-natalsafe/harmonytest/villocentesi (per donne>35anni)

La garanzia viene prestata sino ad un massimo di € 5.000, per anno assicurativo e per Assicurato, con l'applicazione di una franchigia di € 30 per prestazione; per prestazioni effettuate fuori convenzionamento scoperto del 20% con il minimo di € 50 per prestazione

g. in caso di malattie oncologiche: la Società rimborsa le spese ospedaliere ambulatoriali e di Day Hospital, ed extraospedaliere sostenute per chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti e laser. Sono inoltre comprese nella garanzia le visite mediche e gli accertamenti diagnostici conseguenti alla diagnosi di una malattia oncologica. Questa garanzia si attiva quando le prestazioni non sono collegate ad un ricovero/DH (quindi non rientrano nelle post) e va utilizzata prima degli altri massimali a disposizione.

La garanzia viene prestata sino ad un massimo di € 10.000, per anno assicurativo e per Assicurato, senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

La Società rimborsa altresì le spese per:

h. cure e accertamenti odontoiatrici, estrazioni e protesi dentarie o ortodontiche, visite odontoiatriche ed ortodontiche: con il limite di € 1.000,00= per anno assicurativo, con applicazione di una franchigia di € 50,00; per prestazioni effettuate fuori convenzionamento scoperto del 20% con il minimo di € 75,00=

All'interno dell'annualità assicurativa viene inoltre estesa la garanzia ad una visita specialistica comprendente una seduta di ablazione del tartaro a puro titolo di prevenzione.

i. l'acquisto di protesi ortopediche ed acustiche: con il limite di € 1.050,00 per assicurato e per anno assicurativo.

- j. **l'acquisto di lenti ed occhiali da vista**, in seguito a modifica del visus (comprese le lenti a contatto) con il limite di € 200 per anno assicurativo e per assicurato e con l'applicazione dello scoperto del 20% per importo indennizzabile a termini di polizza.
- k. **spese funerarie per rimpatrio della salma**, in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero, con il limite di € 775,00 per assicurato e per anno assicurativo.

TICKET SSN

Per le garanzie di cui a tutti i punti precedenti, con esclusione del punto k), in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

INDENNITA' SOSTITUTIVA

La Società corrisponde un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero in Ospedale e/o Casa di cura, con il massimo di 120 giorni per assicurato e per anno assicurativo, se tutte le spese effettuate durante il ricovero sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

GARANZIA DI ASSISTENZA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA – LTC (OPZIONE MIGLIORATIVA)

Oggetto della garanzia

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assicurato, quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza permanente come indicato al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza".

Persone assicurate

La copertura assicurativa è valida per tutti gli Assicurati, che rispondono ai criteri di accettazione medica esposti all'articolo "Condizioni di Assicurabilità".

Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate, alla data di inclusione, non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
2. Essere stati o essere affetti da situazioni patologiche determinanti un'invalidità civile permanente superiore al 25%.
3. Presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
4. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da diabete non controllato o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

Somma assicurata

La somma garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a € 6.500,00 all'anno; tale somma potrà essere corrisposta anche con un versamento mensile massimo pari a € 541,67.

Il suddetto importo verrà corrisposto per una durata massima di 3 anni dall'entrata dell'assicurato in stato di LTC permanente.

Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di potere effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale),
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile),
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio),
- vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali), e necessari in modo costante:
 - ✓ o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
 - ✓ o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, accertata da un referto medico redatto successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) e necessari in modo costante:

- di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale;
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti all'articolo "Somma assicurata".

La prestazione concordata potrà essere erogata anche nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli:

- erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;
- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro).

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello stato di dipendenza dell'Assicurato.

- Erogazione diretta della prestazione di assistenza

Qualora l'Assicurato richieda l'erogazione diretta delle prestazioni di assistenza avvalendosi quindi di una struttura sanitaria convenzionata con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi

confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate dalla Società.

– Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- la copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero;

ovvero

- i certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricovero.

Dovrà inoltre allegare le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria, o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Rischi esclusi

Sono escluse dalla garanzia le conseguenze:

- a) di fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico;
- b) di alcolismo acuto o cronico;
- c) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- a) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- b) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno.

Riconoscimento dello stato di non autosufficienza

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi del punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà contattare la Società e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, indirizzato a: _____

dovrà contenere un certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la data della sua sopravvenienza. Dovrà inoltre precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

In risposta, la Società invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto, dovrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto dovrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata alla Società. Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

La Società avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla Società quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione;
- il contratto sia ancora in vigore.

Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

4. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

4.1 Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture sanitarie convenzionate senza alcun limite all'infuori del massimale assicurato.

4.2 Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato

4.3 Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale.

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

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'"Indennità sostitutiva". Tale previsione non si applica per la garanzia di assistenza in caso di non autosufficienza.

Le spese collegate al ricovero e sostenute in regime privato - convenzionato o non - verranno rimborsate all'interno delle relative garanzie se presenti .

SERVIZI DI CONSULENZA

I servizi di consulenza saranno forniti dalla Compagnia o da una Centrale Operativa dedicata, messa a disposizione dalla Società, attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00 contattando il numero dedicato.....

- **Informazioni sanitarie telefoniche:**

- strutture Sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

- **Prenotazioni di prestazioni sanitarie**

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

- **Pareri medici**

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

5. INCLUSIONI/ESCLUSIONI

5.1 Nuove assunzioni

Nel caso di nuove assunzioni la garanzia decorrerà dal giorno dell'assunzione da parte dell'Associato.

Per le inclusioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il 100% del premio annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il 60% del premio annuo.

Entro 30 giorni dalla scadenza dell'annualità, in base alle variazioni intercorse e al criterio sopra esposto, si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in via definitiva alla Società.

5.2 Dimissione o Licenziamento del dirigente

Nel caso di dimissione o licenziamento del dirigente la copertura assicurativa dello stesso avrà termine alla scadenza annuale di polizza.

6. CALCOLO DEL PREMIO

Il premio dovrà essere calcolato in via provvisoria su n. 123 Dirigenti della Regione Piemonte.

Alla presente polizza si applicano i seguenti premi annui (comprese imposte):

- per Dirigente € 1.700,00 =

SEZIONE II - LIMITAZIONI ed ESTENSIONI

1. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

2. LIMITI DI ETÀ

Non è previsto alcun limite di età per i dipendenti.

3. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non è operante per:

- la cura di malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza; si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessari la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla "fecondazione assistita" e/o "fecondazione / inseminazione artificiale".

4. ESTENSIONI DI GARANZIA

Sono incluse nell'assicurazione:

- le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza nonché le malattie croniche e recidivanti;

- gli interventi e le cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.

SEZIONE III – NORME CHE DISCIPLINANO IL SINISTRO

1. DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato, o chi per esso in caso di impossibilità dell'Assicurato, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa della Società, al numero verde dedicato e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori e i medici della Centrale Operativa della Società saranno a disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il Piano Sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi articoli *“Sinistri in strutture convenzionate con la Società”*, *“Sinistri in strutture non convenzionate con la Società”* e *“Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale”*.

Qualora l'assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate all'articolo *“Sinistri in strutture non convenzionate con la Società”*, ed all'art. *“Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”*.

1.1 Sinistri in Strutture convenzionate con la Società

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

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

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

La Società provvederà a liquidare direttamente alla Struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le Strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

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

Qualora venga effettuato in una Struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti *“Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società”* e *“Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale”* e con l'applicazione di scoperti e franchigie previste nelle singole garanzie.

1.2 Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato dovrà inviare direttamente alla Società la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro compilato e sottoscritto in ogni sua parte;

- in caso di ricovero*, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

* Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Ai fini della corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato verrà effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato dovrà consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

1.3 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti articoli *“Sinistri in strutture convenzionate con la Società”* e *“Sinistri in strutture non convenzionate con la Società”*.

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

1.4 Criteri di liquidazione relativa all'area ricovero e alle garanzie extraospedaliere in caso di infortunio o malattia

In tutti i casi in cui la copertura assicurativa opera in forma rimborsuale, la Società si impegna a liquidare i sinistri entro 45 gg. dalla presentazione della documentazione completa attinente la pratica (copia di documentazione medica, copia fotostatica della documentazione di spesa, da cui risulti il relativo quietanzamento, ed eventuale documentazione specifica richiesta).

La liquidazione degli indennizzi da parte della Società oltre i termini previsti nel presente Capitolato determina, in favore dell'Assicurato, il pagamento di una penale pari al 15% dell'indennizzo dovuto, che si incrementa del 5% per ogni ulteriore settimana di ritardo.

1.5 Gestione documentazione di spesa

A- Prestazioni in Strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla Struttura alla Società.

B - Prestazioni in Strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica verrà conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – dovrà essere restituita all'Assicurato, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

2. ADEMPIMENTI IN MATERIA DI "PRIVACY"

Le parti convengono che i dati relativi agli Assicurati alla Società verranno utilizzati ai soli fini della gestione del presente Piano sanitario nel rispetto della vigente normativa in materia di "privacy"; la Società garantisce pertanto di mantenere indenne il Contraente da eventuali danni conseguenti a un diverso utilizzo dei suddetti dati.

SEZIONE IV – CONDIZIONI GENERALI

1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE / DURATA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto,
- Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo.

2. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

3. ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione saranno a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

4. FORO COMPETENTE

Per le controversie concernenti l'esecuzione del contratto è esclusivamente competente il Foro di Torino.

5. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

6. INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

7. CLAUSOLA BROKER

A Marsh SpA, con sede legale in Milano - Viale Luigi Bodio, 33 - P.IVA n. 01699520159, ai sensi del D. Lgs. 209/2005 e sede operativa in Torino – Via Cavour, 1 è affidata la gestione e l'esecuzione del presente contratto. La Società riconosce pertanto che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto dell'Associato e dell'Assicurato dal Broker medesimo.

Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

Qualora l'Impresa aggiudicataria intenda avvalersi per l'amministrazione dei contratti di intermediari (art. 109 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni) appartenenti alla propria rete distributiva, nondimeno garantirà il rispetto delle modalità e termini di rimessa premi previsti, convenuti o comunque riconosciuti dalle procedure amministrative vigenti in caso di gestione diretta o tramite gerenza, al fine di garantire l'adeguato collegamento tra le parti, per il tramite del broker.

La remunerazione del broker è posta a carico dell'Impresa aggiudicataria del contratto, nella misura del 7,99%. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dall'impresa di Assicurazione alla propria rete di vendita e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Amministrazione Aggiudicatrice.

8. OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società/Cassa:

- ogni trimestre,
- nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso, si impegna a fornire all'Associato, in formato elettronico Microsoft Excel®, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 30 giorni precedenti, così articolato:
 - a) tipologia di prestazione (ricovero, visite specialistiche, ecc. cc) suddivisa tra Convenzionamento e Fuori Convenzionamento, possibilmente per ciascun Assicurato
 - b) importo riservato (con indicazione dell'importo a riserva per ciascun sinistro);
 - c) importo liquidato (con indicazione dell'importo liquidato per ciascun sinistro);
 - d) sinistri senza seguito;

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 200,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

L'obbligo di cui al presente articolo permane anche dopo la scadenza del contratto.

9. DIRIGENTI DEL CONSIGLIO REGIONALE DEL PIEMONTE

La Società si impegna ad estendere le condizioni del presente capitolato e della proposta tecnico economica al Consiglio Regionale del Piemonte per i dirigenti del ruolo consiliare, a seguito di sottoscrizione di autonomo atto contrattuale. Il pagamento dei relativi premi è a carico del Consiglio regionale.