



Autorità Nazionale Anticorruzione

**PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER IL
PERSONALE DELL'AUTORITA' NAZIONALE ANTICORRUZIONE**

CIG 827953151F

CAPITOLATO TECNICO

INDICE

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CAPITOLATO	3
1. OGGETTO DEL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA	5
2. PERSONE ASSICURATE	5
3. PRESTAZIONI OSPEDALIERE E CHIRURGICHE	6
4. ALTA SPECIALIZZAZIONE	9
5. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	11
6. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE	12
7. CURE ONCOLOGICHE	12
8. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	13
9. CURE DENTARIE	13
10. SERVIZI EROGATI DA CENTRALE OPERATIVA O TRAMITE SITO INTERNET	13
11. PREMIO	15
12. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DEI SERVIZI DEL PIANO DI ASSISTENZA	15
13. INCLUSIONI / ESCLUSIONI	15
A. CONDIZIONI GENERALI	17
B. LIMITAZIONI	17
C. SINISTRI	18

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CAPITOLATO

Piano di assistenza/Disciplinare

Il documento che prova la stipula del piano di assistenza integrativa.

Contraente

Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.)

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulato il contratto.

Assicuratore

La Società assicuratrice che demanda la prestazione dei servizi alla Cassa di cui si avvale.

Premio

La somma dovuta dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Malattia oncologica

Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il mieloma, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

Malformazione

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

Massimale

L'importo stabilito nel presente capitolato che rappresenta la spesa massima che la Compagnia si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Difetto fisico

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

Difetto fisico preesistente

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, la cui evidenza, antecedentemente all'adesione alla copertura assicurativa sanitaria integrativa/disciplinare, possa essere diagnosticata clinicamente (con visita medica) o strumentalmente (con accertamenti diagnostici di tipo strumentale).

Istituto di cura

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

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico del network convenzionato.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Day hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Intervento chirurgico

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

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Compagnia in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per le prestazioni di pre e post ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso secondo quanto disciplinato dal presente capitolato.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Accertamento diagnostico

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

Ciclo di terapia

Una serie di prestazioni e/o sedute relative ad una medesima terapia, contenute in un'unica prescrizione medica e presentate alla Compagnia con un'unica richiesta di rimborso.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prevista l'attivazione del piano sanitario integrativo.

Rimborso

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro all'Assicurato.

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.

Scoperto

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

1. OGGETTO DEL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

1.1 Le garanzie previste dal presente capitolato comprendono anche situazioni patologiche che siano l'espressione o la conseguenza diretta di infortuni e malattie insorte anteriormente all'inserimento degli assicurati in copertura.

1.2 La Copertura è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute riguardanti:

- prestazioni ospedaliere e chirurgiche;
- prestazioni di alta specializzazione;
- prestazioni specialistiche e accertamenti diagnostici;
- protesi ortopediche e acustiche;
- cure oncologiche;
- cure dentarie da infortunio;
- cure dentarie;
- servizi erogati dalla centrale operativa o tramite il sito internet.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Compagnia;**
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Compagnia;**
- c) Servizio Sanitario Nazionale.**

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie/prestazioni.

2. PERSONE ASSICURATE

2.1 I servizi sono comunque prestati a favore del personale, compresi il Presidente, i Consiglieri ed il Segretario generale, in servizio presso l'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.) **alla data del 01.10.2020**, e dei relativi nuclei familiari fiscalmente a carico intendendo per tali il coniuge o il convivente more uxorio ed i figli purché risultanti dallo stato di famiglia.

Sono, inoltre, compresi i figli non conviventi per i quali il capo-nucleo sia obbligato al mantenimento economico, a seguito di sentenza di separazione o divorzio, ovvero altro provvedimento dell'Autorità giudiziaria.

Qualora un dipendente rinunci espressamente all'adesione alla copertura assicurativa sanitaria integrativa, per il primo anno, sarà possibile per lui l'attivazione dello stesso piano solo dall'anno successivo.

- 2.2 Il piano di assistenza sanitaria integrativa può essere esteso, con versamento del relativo premio a carico del dipendente, al coniuge o al convivente more uxorio e ai figli non fiscalmente a carico **purché risultanti dallo stato di famiglia.**
- 2.3. La Compagnia dovrà provvedere all'attivazione dei servizi del piano di assistenza (con decorrenza 1.10.2020) **entro il termine tassativo del 1.10.2020 per i dipendenti e i familiari fiscalmente a carico che si associano, ed entro il 15.10.2020 per i familiari NON fiscalmente a carico per le prestazioni in convenzione.**

3. PRESTAZIONI OSPEDALIERE E CHIRURGICHE

3.1 RICOVERO (CON E SENZA INTERVENTO), DAY HOSPITAL (CON E SENZA INTERVENTO), INTERVENTO AMBULATORIALE.

La Compagnia provvede al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni:

- a) Pre ricovero
Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
- b) Durante il ricovero
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria (o sala parto) e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, prestazioni mediche e infermieristiche, cure (comprese le cure fisioterapiche e riabilitative), medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Si precisa che le spese per eventuali accompagnatori non sono incluse nel rimborso e pertanto sono a carico dell'Assicurato.
- c) Rette di degenza
Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Compagnia, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **euro 150,00 al giorno.**
Tale limite non opera per i ricoveri presso Istituto di cura convenzionato.
Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie (per esempio televisione, telefono).
- d) Assistenza infermieristica privata individuale
Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **euro 50,00** al giorno per un massimo di **30 giorni successivi a ciascun ricovero** e indipendentemente dalla durata della degenza, previa indicazione nella lettera di dimissioni dal ricovero o previa specifica indicazione del medico chirurgo rilasciata all'atto della dimissione.
- e) Post ricovero
Esami e accertamenti diagnostici, onorari medici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (**escluse le spese per il noleggio di apparecchi comunque denominati necessari per la fisioterapia**, ed escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

3.2 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Compagnia rimborsa le spese previste ai punti 3.1, 3.4 e 3.5 del presente Capitolato con i limiti indicati nel piano di assistenza integrativa, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

3.3 PARTO - CURE NEONATO - ABORTO

3.3.1 PARTO CESAREO - CURE NEONATO /ABORTO TERAPEUTICO

- a) In caso di parto cesareo o aborto terapeutico effettuato in struttura sanitaria convenzionata con la Compagnia, questa provvede al pagamento alle predette strutture delle spese, per le prestazioni di cui al punto 3.1 lettere: *b) Durante il ricovero, c) Rette di degenza, e) post ricovero;*
- b) In caso di parto cesareo o aborto terapeutico effettuato in struttura sanitaria non convenzionata con la Compagnia, questa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 lettere: *b) Durante il ricovero, c) Rette di degenza – nel limite di euro 150,00 al giorno, e) Post ricovero.* In tal caso la garanzia è prestata con il limite di **euro 6.000,00 per anno e per nucleo familiare.**

3.3.2 PARTO NON CESAREO – CURE NEONATO

- a) In caso di parto non cesareo effettuato in struttura sanitaria convenzionata con la Compagnia, questa provvede al pagamento alle predette strutture delle spese, senza franchigia, per le prestazioni di cui al punto 3.1 lettere *b) Durante il ricovero, c) Rette di degenza.* In tal caso la garanzia è prestata con il limite di **euro 10.000,00 per anno e per nucleo familiare.**
- b) In caso di parto non cesareo effettuato in struttura sanitaria non convenzionata con la Compagnia questa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 lettere: *b) Durante il ricovero, c) Rette di degenza - nel limite di euro 150,00 al giorno.* In tal caso la garanzia è prestata con il limite di **euro 2.000,00 per anno e per nucleo familiare.**

3.4 TRASPORTO SANITARIO

In caso di ricovero/Day hospital o di accettazione al Pronto Soccorso debitamente documentata, la Compagnia rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile, con aereo sanitario di cura, e di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro, e di rientro alla propria abitazione con il limite di **euro 1.100,00, per anno e per nucleo familiare.**

3.5 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante il ricovero, la Compagnia rimborsa direttamente le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **euro 1.550,00 per anno e per nucleo familiare.**

3.6 MASSIMALE

Il massimale garantito per il complesso delle prestazioni di cui all'art. 3 (comprensivo di tutti i sotto articoli) corrisponde a **euro 250.000,00 per anno/nucleo familiare.**

3.7 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Compagnia, le spese di cui ai punti 3.1, 3.2 e 3.3 del Capitolato Tecnico, vengono liquidate direttamente alle strutture/medici convenzionati, sia per i ricoveri, sia per il day hospital con o senza intervento chirurgico e sia per l'intervento chirurgico ambulatoriale, previa applicazione di uno scoperto di seguito indicato che rimarrà a carico dell'Assicurato.

Scoperto/Franchigia a carico dell'Assicurato:

- **Ricoveri/Day Hospital con o senza intervento chirurgico: scoperto del 10% con un massimo di euro 500,00;**
- **Intervento chirurgico ambulatoriale: franchigia euro 75,00.**

Saranno rimborsate direttamente all'Assicurato, nei limiti e con i massimali previsti, le spese per:

- **Assistenza infermieristica privata individuale – (punto 3.1 lettera d);**
- **Trasporto Sanitario – (punto 3.4);**
- **Rimpatrio della salma – (punto 3.5).**

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

In caso di utilizzo di strutture non convenzionate con la Compagnia, le spese relative alle prestazioni di cui ai precedenti punti 3.1 (ad eccezione delle voci di cui alla lettera c), d) e)), 3.2 e 3.3 vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di uno scoperto, di seguito indicato, che rimarrà a carico dell'Assicurato.

Scoperto a carico dell'Assicurato:

- **Ricoveri/Day Hospital con o senza intervento chirurgico: 25%, con minimo euro 750,00 e massimo euro 5.000,00;**
- **Intervento chirurgico ambulatoriale: 25%, con minimo euro 200,00.**

Saranno rimborsate direttamente all'Assicurato, nei limiti e con i massimali previsti, le spese per:

- **3.1 lettera c) - Rette di degenza;**
- **3.1 lettera d) - Assistenza infermieristica privata individuale;**
- **3.4 Trasporto sanitario;**
- **3.5 Rimpatrio della salma.**

c) Prestazioni in strutture sanitarie private convenzionate e medici non convenzionati

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate e medici non convenzionati con la Compagnia, la liquidazione avverrà **previa applicazione**, su ciascuna tipologia di prestazione ed a seconda della modalità di utilizzo prescelta, **delle seguenti franchigie e scoperti: 1) per il ricovero, si applica il punto 3.7 a); 2) per il medico quelle di cui all'art. 3.7 b) integralmente.**

d) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, le spese per la degenza e per i tickets sanitari verranno rimborsate integralmente all'Assicurato dalla Compagnia, nel limite del massimale garantito, senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

In questo caso non sarà possibile per l'Assicurato richiedere l'erogazione dell'indennità sostitutiva. Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato al punto **3.7 lett.**

a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Compagnia" per la degenza, e **3.7 lett. c)** "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Compagnia e medici non convenzionati" per i medici.

3.8 INDENNITA' SOSTITUTIVA

All'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Compagnia, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa (ad eccezione degli accertamenti pre e post ricovero di cui sotto), la Compagnia corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio, del parto e dell'aborto terapeutico.

L'indennità sarà pari ad **euro 80,00** e verrà erogata per ogni giorno di ricovero per un massimo di 90 giorni per anno/nucleo familiare.

Nel caso di day hospital l'indennità corrisposta sarà pari a **euro 40,00** al giorno.

In caso di erogazione dell'indennità sostitutiva è previsto il rimborso anche delle spese per prestazioni pre e post ricovero (lettere a) e e) dell'art. 3.1.) che verrà effettuato applicando uno scoperto del 20%, ad eccezione dei tickets che verranno rimborsati al 100%.

Le spese relative alle garanzie di Pre e Post ricovero, in questo caso, vengono prestate con massimale annuo per nucleo familiare pari a **euro 2.000,00**.

Nel caso di ricovero in regime di Day Hospital, qualora l'Assicurato richieda anche il rimborso di spese pre e post ricovero, l'importo giornaliero della diaria si intenderà ridotto da euro 40,00 a **euro 25,00 giornaliere**.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Compagnia provvede al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni (indicate a titolo esemplificativo), con il limite di **euro 7.500,00 per anno/nucleo familiare**:

- amniocentesi oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto;
- test DNA fetale su sangue materno;
- accertamenti endoscopici;
- agoaspirato;
- angiografia;
- artrografia;
- arteriografia digitale;
- broncografia;
- broncoscopia;
- cardiografica;
- chemioterapia;

- cisternografia;
- cistografia;
- cistouretrografia;
- clisma opaco;
- cobaltoterapia;
- colangiografia (anche percutanea);
- colecistografia;
- colonscopia;
- coronografia;
- dacriocistografia;
- defecografia;
- diagnostica radiologica;
- dialisi;
- doppler;
- duodenoscopia;
- ecocardiografia;
- ecodoppler;
- ecocolordoppler;
- ecografia;
- elettroencefalogramma;
- elettromiografia;
- esame citologico;
- esame istologico;
- esofagoscopia;
- fistelografia;
- flebografia;
- fluorangiografia;
- galattografia;
- gastroscopia;
- holter;
- isterosalpingografia;
- laserterapia a scopo fisioterapico;
- linfografia;
- mammografia (anche digitale);
- mielografia;
- moc;
- palonscopia;
- pet;
- radioterapia;
- radionefrogramma;
- retinografia;
- rettoscopia;
- rx esofago con mezzo di contrasto;
- rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto;
- rx tenue e colon con mezzo di contrasto;
- risonanza magnetica nucleare (incluso angio rmn);
- scialografia;
- scintigrafia;

- spect;
- splenoportografia;
- tac anche virtuale;
- telecuore;
- urografia;
- vesciculodeferentografia;
- videoangiografia;
- villocentesi oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto;
- wirsunggrafia.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di medici convenzionati con la Compagnia, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alla struttura convenzionata, per ogni accertamento o ciclo di terapia effettivamente sostenuta, **con l'applicazione di uno scoperto del 10%** per ogni accertamento o ciclo di terapia effettivamente sostenuta che rimarrà a carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a medici non convenzionati con la Compagnia, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno **scoperto del 30%** a carico dell'Assicurato.

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

5. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Compagnia provvede al rimborso delle spese per visite specialistiche, analisi e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita, e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici qualora superino quanto previsto al punto 9 del Capitolato Tecnico.

I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono rimborsati dalla Compagnia previa presentazione di UN'UNICA prescrizione medica contenente la patologia che ha reso necessario il ciclo di terapia, per un massimo di euro 250,00 annuo per nucleo familiare.

Per l'autorizzazione alla visita specialistica/rimborso è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a medici convenzionati con la Compagnia, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato **con l'applicazione di una franchigia di euro 20,00.**

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie pubbliche, ma a medici che esercitano in *intramoenia*, o a medici non convenzionati con la Compagnia le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato per un importo massimo **per prestazione/accertamento di euro 80,00, con uno scoperto del 30%**.

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

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

Il massimale annuo garantito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **euro 1.200,00 per anno per nucleo familiare**.

6. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

La Compagnia rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di **euro 1.300,00** per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di franchigie o scoperti.

7. CURE ONCOLOGICHE

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

Si intendono inclusi in garanzia le visite, gli accertamenti diagnostici, le terapie (anche farmacologiche) e le spese infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, a condizione che siano prescritte dal medico oncologo.

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

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

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

Il massimale annuo garantito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **euro 10.000,00 annui per nucleo familiare** per le prestazioni effettuate mediante l'utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con la Compagnia, o mediante l'utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati con la Compagnia, mediante utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso in cui l'Assicurato effettui prestazioni previste al punto 4, la presente garanzia ed il relativo massimale operano in via prioritaria rispetto a quelli previsti nel punto 4 (che saranno, pertanto, utilizzati dopo l'esaurimento del suddetto massimale di euro 10.000,00).

8. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Compagnia provvede, a parziale deroga di quanto previsto dal punto B2 delle Condizioni Generali, al rimborso delle spese sostenute per cure e protesi dentarie conseguenti ad infortunio, in presenza di certificato di Pronto Soccorso che attesti la data, il motivo dell'infortunio e le cure necessarie (ricevute a seguito di infortunio).

Il massimale garantito per il complesso delle prestazioni di cui sopra corrisponde a **euro 1.550,00 per anno per nucleo familiare**; le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di franchigie e scoperti.

9. CURE DENTARIE

La Compagnia provvede al rimborso, a parziale deroga di quanto previsto dal punto B.2 (Esclusioni dal piano di assistenza sanitaria integrativa), delle spese sostenute per cure, estrazioni e protesi dentarie. Il massimale garantito per il complesso delle prestazioni in questione è di **euro 400,00 per anno per nucleo familiare**.

Il rimborso viene effettuato con l'applicazione delle percentuali di seguito indicate.

PRESTAZIONI	IN RETE	FUORI RETE
Visita (una l'anno per Assicurato)	100%	50%
Igiene orale (una l'anno per Assicurato)	100%	50%
Visita di emergenza	100%	80%
Conservativa	100%	70%
Radiologia odontoiatrica	100%	70%
Chirurgia	100%	70%
Endodonzia	100%	70%
Paradontologia	100%	70%
Protesi	80%	60%
Ortognatodonzia	80%	60%
Implantologia	80%	60%

10. SERVIZI EROGATI DA CENTRALE OPERATIVA O TRAMITE SITO INTERNET

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa dell'aggiudicataria telefonando al **numero verde.....(da fisso) e(da mobile), e.....(per chiamate dall'Estero)** 7 giorni su 7 (festivi inclusi), 24 ore su 24 ore, nonché tramite e-mail dedicata che sarà comunicata dal Contraente.

La Compagnia dovrà fornire al Direttore dell'esecuzione del contratto dell'Autorità Nazionale Anticorruzione il numero di telefono del cellulare del Responsabile Medico della Centrale Operativa per la gestione dei casi urgenti.

a) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano di assistenza sanitaria integrativa in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Compagnia, previa applicazione, ove previsti, degli scoperti/franchigie che dovranno essere saldati direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria/medico. La Centrale Operativa potrà essere

contattata per ottenere suggerimenti per la scelta della struttura sanitaria più idonea alla fruizione di specifiche prestazioni.

b) Contatto telefonico di primo soccorso

Il Servizio assistenza, attivo 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa. Il medico di guardia della Compagnia, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

1. consigli medici di carattere generale (a titolo di esempio: su interventi di primo soccorso e/o sulle modalità di assunzione di farmaci);
2. informazioni riguardanti:
 - il reperimento dei mezzi di soccorso (ambulanza, medico, cc....);
 - la reperibilità di medici generici e specialisti.

Il servizio non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

c) Invio di un medico nei casi d'urgenza

Qualora, a seguito del primo contatto telefonico (Contatto telefonico di primo soccorso medico), il servizio medico giudicasse necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato e qualora non sia possibile reperire il proprio medico curante, il Servizio Assistenza provvederà ad organizzare il reperimento e l'intervento di un medico generico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Compagnia.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, il Servizio Assistenza organizzerà, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in ambulanza presso il centro di primo soccorso più vicino alla sua abitazione, senza costi a carico dell'Assicurato.

Resta inteso che in caso di emergenza il Servizio Assistenza non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali relative spese. Pertanto il Servizio Assistenza potrà organizzare e coordinare l'intervento dell'Unità di Soccorso (Servizio 118), tenendo i contatti medici con l'Assicurato.

d) Reperimento ed invio di una ambulanza nei casi d'urgenza

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa l'Assicurato necessiti a giudizio del medico curante e dei medici del Servizio Assistenza di un ricovero d'urgenza al centro di primo soccorso più vicino al luogo del sinistro, il Servizio Assistenza provvederà alla ricerca, al reperimento e all'invio di un'ambulanza.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Compagnia.

Resta inteso che in caso di emergenza il Servizio Assistenza non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali relative spese. Pertanto il Servizio Assistenza potrà organizzare e coordinare l'intervento dell'Unità di Soccorso (Servizio 118), tenendo i contatti medici con l'Assicurato.

e) Accesso tramite internet

E' reso disponibile sul sito Internet del Fornitore, all'indirizzo **una propria AREA RISERVATA.**

Per accedere alla propria Area Riservata ed ai relativi servizi on-line sarà sufficiente seguire le seguenti istruzioni:

1. **cliccare in alto a destra su "Area Iscritto";**

2. inserire nel campo “Login” il proprio codice fiscale (in maiuscolo);
3. inserire nel campo “Password” la propria data di nascita GGMMAAAA (senza spazi o simboli di divisione) o quella modificata in precedenza.

(Sarà necessario operare subito la modifica della Password di primo accesso).

Ai soggetti Assicurati sarà messo a disposizione l'elenco aggiornato dei centri e ove possibile dei sanitari convenzionati nonché la modulistica necessaria per attivare le richieste di erogazione delle prestazioni sanitarie, per inoltrare le suddette richieste in modalità on-line e richiedere, attraverso una casella di posta elettronica dedicata, chiarimenti ed informazioni, anche sulle eventuali problematiche sorte in sede di liquidazione ovvero in caso di diniego delle richieste di erogazione.

Il servizio deve garantire la possibilità di ottenere informazioni on-line, tramite apposita parola-chiave, sullo stato delle pratiche di rimborso al fine di permettere agli Assicurati di visionare la propria situazione completa e l'andamento del proprio eventuale sinistro.

Nella predetta **Area Riservata** deve, inoltre, essere riportato – **al termine di ciascun anno solare** – il riepilogo, utile ai fini fiscali, di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione della voce attestante la somma totale del richiesto, la somma totale dell'importo liquidato, nonché la somma totale dell'eventuale importo rimasto a carico dell'Assicurato.

11. PREMIO

Per il complesso delle prestazioni oggetto del presente capitolato i corrispettivi *pro capite*, annui, lordi (vale a dire comprensivi dei premi e dei relativi oneri fiscali da versare), corrispondono ai seguenti importi:

- | | |
|---|------|
| a) Dipendente e nucleo fiscalmente a carico come indicato al punto 2.1 “Persone assicurate” | euro |
| b) Familiari non fiscalmente a carico con onere a carico del dipendente: | euro |

Alla scadenza della prima annualità verrà verificato il numero degli Assicurati.

12. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DEI SERVIZI DEL PIANO DI ASSISTENZA

La durata del presente piano di assistenza sanitaria integrativa è stabilita in 36 mesi a decorrere dalle ore 00.00 del giorno 01.10.2020 alle ore 24.00 del 30.09.2023 e cesserà automaticamente la propria operatività alla scadenza, senza necessità di alcuna comunicazione formale da ognuna delle parti. E' pertanto espressamente escluso il tacito rinnovo.

La presente garanzia opera, ad ogni effetto, senza soluzione di continuità con le precedenti polizze stipulate in favore del personale dell'Autorità, scadute alle ore 24 del 30.09.2020.

Pertanto, il coniuge o il convivente more uxorio e i figli fiscalmente non a carico, possono essere inclusi mediante pagamento del relativo premio, nonché dell'**invio dell'apposito modulo di adesione entro la data del 5.10.2020**, fatto salvo quanto eventualmente previsto al successivo punto 13; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge e i figli fiscalmente non a carico, o il convivente more uxorio risultanti dallo stato di famiglia di dipendenti neoassunti.

13. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

1) Inclusioni

Per le annualità successive alla prima, entro 7 giorni antecedenti alla scadenza dell'annualità devono essere comunicati dall'Autorità i nominativi degli Assicurati, e dei relativi familiari fiscalmente a carico ed entro i 7 giorni successivi all'attivazione, il nome dei familiari non fiscalmente a carico.

Oltre detto termine l'inserimento ovvero l'adesione al piano di assistenza sanitaria integrativa potrà avvenire al verificarsi dei seguenti casi:

- a) Assunzione;
- b) Matrimonio;
- c) Nascita/adozione/affidamento di un figlio;
- d) Insorgere di convivenza per il convivente more uxorio;
- e) Venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal Datore di lavoro.

In questo caso la garanzia decorre dalla data dell'evento, e la comunicazione deve essere effettuata entro il termine di 40 giorni dalla predetta data. Qualora la comunicazione non pervenga entro tale scadenza, la garanzia decorrerà dal primo giorno dell'annualità successiva alla data in cui è stata effettuata la relativa comunicazione.

2) Esclusioni

La revoca dalla copertura potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) Cessazione dal servizio;
- b) Decesso dell'Assicurato o di un suo familiare;
- c) Divorzio;
- d) Venir meno di convivenza per il convivente more uxorio o per il familiare fiscalmente non a carico;
- e) Adesione di un familiare ad una copertura sanitaria collettiva predisposta dal Datore di lavoro;
- f) Raggiungimento del limite di età.

3) Variazioni

Le variazioni di copertura possono verificarsi nelle seguenti fattispecie:

- a) in caso di acquisizione del carico fiscale di coniuge/convivente more uxorio, figlio. Il premio è comunque dovuto fino alla scadenza annuale dell'anno in cui è stato acquisito il carico fiscale, a partire dalla successiva annualità dovrà essere segnalato l'inserimento quale familiare fiscalmente a carico;
- b) in caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o del convivente more uxorio o di un figlio, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata; la copertura potrà essere mantenuta con versamento del premio per il coniuge o per il figlio fiscalmente non a carico da parte del dipendente. Qualora il coniuge o il figlio non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo in cui sono erogati i servizi del piano di assistenza sanitaria integrativa previsti ai numeri 1 e 3, del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde:

- Al 100% del premio annuo per coloro che usufruiscono della garanzia nel primo semestre del piano;
- Al 60% del premio annuo per coloro che usufruiscono della garanzia nel semestre del piano.

Il pagamento relativo alle inclusioni e variazioni, di cui ai numeri 1 e 3, avverrà entro 30 giorni dall'emissione di apposito atto contabile.

A. CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DEL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

I servizi del piano di assistenza sanitaria integrativa hanno effetto dalle ore 00.00 del giorno 01.10.2020.

A.2 DURATA DEL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

La garanzia ha una durata di 36 (trentasei) mesi con termine alle ore 24.00 del 30.09.2023 e cesserà automaticamente la propria operatività alla scadenza, senza necessità di alcuna comunicazione formale da ognuna delle parti.

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DEL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA.

Le eventuali modifiche del presente capitolato debbono essere approvate per iscritto tra le Parti.

A.4 RINUNCIA AL DIRITTO DI RECESSO

La Compagnia, in deroga all'art. 1898 c.c., rinuncia alla facoltà di recesso dal contratto prima della sua scadenza.

A.5 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

La garanzia è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

A.6 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dal dichiarare alla Compagnia l'eventuale esistenza di polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c.

B. LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

La garanzia vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DAL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

La garanzia non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato i 3 anni di età. In caso di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici (salvo quanto espressamente previsto alle singole garanzie);
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo quanto espressamente previsto alle singole garanzie);
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
5. le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;

6. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza;
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
7. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
9. 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;
10. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
11. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

B.3 LIMITI DI ETÀ

L'adesione al piano di assistenza sanitaria integrativa può essere garantita fino al raggiungimento del 75° anno di età, cessando automaticamente alla scadenza annuale del piano di assistenza successiva al compimento di tale età da parte dell'Assicurato.

C. SINISTRI

C.1 DENUNCIA DI SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa della Compagnia al numero di cui al punto 10 e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il presente 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 punti **3.7a)** "Sinistri in strutture convenzionate con la Compagnia", **3.7b)** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Compagnia" o **3.7d)** "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Per tutte le prestazioni Extra-ospedaliere ovvero per le quali non è previsto il pagamento diretto da parte della Compagnia, **il rimborso delle stesse avverrà entro e non oltre 30 giorni lavorativi decorrenti dal ricevimento della documentazione completa.**

Si precisa che ciascuna fattura o ricevuta potrà essere liquidata soltanto previa apposizione della relativa marca da bollo.

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Compagnia senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti 3.7b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Compagnia".

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE

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, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno, con cui l'Assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

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

Le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture sanitarie convenzionate ed ai medici convenzionati ad eccezione degli eventuali scoperti e franchigie previsti per le singole garanzie così come indicato nel presente capitolato, che dovranno essere saldati direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria/medico.

Per le spese mediche sostenute - coperte dalla garanzia - l'Assicurato delega la Compagnia a pagare le strutture/medici convenzionate.

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 previste dal piano, eccedenti il massimale garantito o non autorizzate.

Per tutte le prestazioni Extra-ospedaliere ovvero per le quali non è previsto il pagamento diretto da parte della Compagnia, **il rimborso delle stesse avverrà entro e non oltre 30 giorni lavorativi decorrenti dal ricevimento della documentazione completa.**

Si precisa che ciascuna fattura o ricevuta potrà essere liquidata soltanto previa apposizione della relativa marca da bollo.

C.1.2. SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA COMPAGNIA

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti delle somme garantite nel piano e con l'applicazione degli scoperti e delle franchigie previsti per le singole garanzie così come indicate nel presente capitolato.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute l'Assicurato deve inoltrare la seguente documentazione, in modalità on-line, alla Compagnia presso l'Area Riservata che sarà comunicata dal Contraente:

- modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica, conforme all'originale, in caso di ricovero, e da copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricovero.

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

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Compagnia della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in copia, debitamente quietanzata, fermo restando che la Compagnia potrà richiedere in ogni momento, la produzione degli originali o di copie conformi agli originali, qualora i documenti trasmessi risultassero in tutto o in parte illeggibili, incompleti o presentassero grafie diverse.

Il rimborso verrà inviato dalla Compagnia all'Assicurato entro e non oltre 30 giorni lavorativi decorrenti dal ricevimento della documentazione completa.

Si precisa che ciascuna fattura o ricevuta potrà essere liquidata soltanto previa apposizione della relativa marca da bollo.

C.1.3. SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA COMPAGNIA EFFETTUATE DA MEDICI NON CONVENZIONATI

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero da parte di personale medico non convenzionato, le spese fatturate dalla struttura convenzionata saranno liquidate

secondo le modalità descritte al punto **3.7a)**, quelle relative al personale medico non convenzionato verranno rimborsate con le modalità previste al punto **3.7c)**, **fermo in ogni caso restando che il limite delle somme garantite previste deve considerarsi come unica disponibilità, sia per quanto riguarda gli importi che saranno oggetto del pagamento diretto da parte della Compagnia alle strutture convenzionate, sia del rimborso delle spese inerenti il personale medico non convenzionato.**

Il rimborso verrà inviato dalla Compagnia all'Assicurato entro e non oltre 30 giorni lavorativi decorrenti dal ricevimento della documentazione completa.

Si precisa che ciascuna fattura o ricevuta potrà essere liquidata soltanto previa apposizione della relativa marca da bollo.

C.1.4 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, le spese per la retta di degenza e per i tickets sanitari verranno rimborsate integralmente dalla Compagnia, nel limite del massimale garantito, senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

Il rimborso verrà inviato dalla Compagnia all'Assicurato entro e non oltre 30 giorni lavorativi decorrenti dal ricevimento della documentazione completa.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato al punto **3.7 lett. a)** "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Compagnia per le rette di degenza e **3.7 lett. c)** "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Compagnia e medici non convenzionati" per i medici".

Il rimborso verrà inviato dalla Compagnia all'Assicurato entro e non oltre 30 giorni lavorativi decorrenti dal ricevimento della documentazione completa.

Si precisa che ciascuna fattura o ricevuta potrà essere liquidata soltanto previa apposizione della relativa marca da bollo.

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

C.1.5 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

a) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia.

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie, autorizzate dalla Compagnia, effettuate in strutture sanitarie convenzionate **viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato ovvero verrà consegnata all'Assicurato entro il termine previsto alla successiva lettera b).**

b) Prestazioni in strutture non convenzionate con la Compagnia.

La documentazione di spesa, qualora richiesta in originale, dovrà essere restituita dalla Compagnia all'Assicurato entro 30 giorni solari dalla liquidazione delle relative spese.

Il rimborso verrà inviato dalla Compagnia all'Assicurato entro e non oltre 30 giorni lavorativi decorrenti dal ricevimento della documentazione completa.

La Compagnia, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle sue richieste di rimborso, provvede all'invio, **ovvero garantisce le informazioni attraverso il servizio di cui al precedente punto 10 lettera e),** dei seguenti riepiloghi:

- riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e non liquidate nel corso del mese;
- riepilogo trimestrale delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate nel corso del trimestre;

Nell'Area Riservata deve, inoltre, essere riportato – al termine di ciascun anno solare – il riepilogo, utile ai fini fiscali, di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione della voce attestante la somma totale del richiesto, la somma totale dell'importo liquidato, nonché la somma totale dell'eventuale importo rimasto a carico dell'Assicurato.

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.