

Capitolato tecnico CNEL

Consiglio Nazionale Economia e Lavoro



78073706

0000207-01/02/2019-CNEL-CNEL-P



Consiglio Nazionale Economia e Lavoro

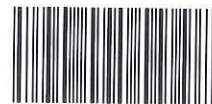


78073556

0000206-01/02/2019-CNEL-CNEL-P

ALL. A)

Consiglio Nazionale Economia e Lavoro



78073894

0000208-01/02/2019-CNEL-CNEL-P

Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro
UFFICIO PER LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

CAPITOLATO TECNICO

Procedura negoziata sotto soglia - ai sensi dell'art. 36, co. 2 - lett. b), d. lgs. 18 aprile 2016, n. 50 e ss.mm.ii. - per l'affidamento del Servizio assicurativo/Polizza di tutela sanitaria integrativa in favore dei dipendenti del Segretariato Generale del Consiglio Nazionale dell'economia e del lavoro - CNEL (durata: 24 mesi).

CIG assegnato alla procedura: 7773049AF2

PREMESSA

Il presente **Capitolato Tecnico** si riferisce al **servizio di polizza di tutela sanitaria integrativa** del quale, su base collettiva e con oneri a carico del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (di seguito Cnel), possono fruire:

i dipendenti in forza presso il CNEL in data 31 marzo 2019 e i relativi nuclei familiari fiscalmente a carico intendendo per tali il coniuge ed i figli risultanti da stato di famiglia, che abbiano accettato entro la data di effetto indicata in polizza l'attivazione della presente copertura.

Qualora un dipendente decida di non aderire alla copertura nei termini di cui al precedente capoverso, non gli sarà più possibile l'attivazione della stessa in un momento successivo.

La copertura può essere estesa 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. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia.

Le prestazioni oggetto della presente assicurazione confluiranno all'interno del Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 della Cassa di assistenza sanitaria che la Compagnia potrà eventualmente garantire e con la quale il Cnel aderente al Gruppo d'acquisto dovrà, nella fattispecie, stipulare apposito accordo.

Le relative spese di adesione alla Cassa Interaziendale non sono ricomprese nei premi a base d'asta.

Il presente Capitolato è suddiviso in tre parti.

La prima parte - **Sezione A** - concerne il piano sanitario della polizza con costo a carico del Cnel.

La seconda parte - **Sezione B** - riguarda il piano sanitario che ciascun dipendente può sottoscrivere con costo a proprio carico (con trattenuta in busta paga) per sé o per sé e i membri del nucleo familiare, come sopra descritto, per ampliare la copertura sanitaria.

Nella terza parte - **Sezione C** - sono descritte le Condizioni Generali relative all'attività di service amministrativo e liquidativo per la gestione della polizza che dovrà essere stipulata.

Clausola Broker: Il CNEL si avvale per il presente servizio dell'assistenza professionale della Assigeco Srl (Broker iscritto al RUI n. B000099506, sezione B). E' prevista una commissione a favore del Broker pari al 10% (dieci%) del premio annuo imponibile a carico dell'Assicuratore.

=====

DEFINIZIONI

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Contraente

CNEL - Il soggetto che stipula la polizza.

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.

Broker

Assigeco Srl - Via Crivelli, 26 - 20122 Milano.

Day-hospital

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

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.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero e di day hospital corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero e di day hospital stessi.

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli del Capitolato, che rappresenta la spesa massima che la Società di assicurazioni si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Infortunio

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

Intervento chirurgico

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

Intervento chirurgico ambulatoriale

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

Istituto di Cura

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

Malattia

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

Malformazione

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

Difetto fisico

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

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società/Impresa aggiudicataria del servizio assicurativo. I mezzi di pagamento del premio sono quelli previsti dalla normativa vigente.

Persone assicurate

Il personale dipendente in forza presso il CNEL e i relativi nuclei familiari fiscalmente a carico intendendo per tali il coniuge ed i figli risultanti da stato di famiglia. La copertura può essere estesa a adesione, al coniuge o al convivente "more uxorio" e ai figli non fiscalmente a carico, purché risultanti dallo stato di famiglia.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Sinistro

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per la Società.

Società

La Compagnia di Assicurazioni aggiudicataria del servizio

Struttura sanitaria convenzionata

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

PIANO SANITARIO

SEZIONE A

Il piano sanitario si compone di un modulo su base collettiva Sezione A - con costo a carico del CNEL -, che può anche essere integrato, a scelta dell'Assicurato, con un modulo Sezione B con costo a suo carico.

Di seguito sono indicati nell'elenco sottostante le **garanzie che devono essere presenti nella Sezione A e Sezione B.**

L'assicurazione opera in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

Sezione A

Prestazioni ospedaliere:

- intervento chirurgico ambulatoriale;
- day-hospital;
- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche per parto.

Prestazioni Extra Ospedaliere:

- prevenzione odontoiatrica;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- cure oncologiche;
- protesi ortopediche e acustiche;
- cure dentarie da infortunio;
- prestazioni di alta diagnostica;
- check up (garanzia operante per il solo titolare);
- prenotazione di prestazioni a tariffe scontate all'interno del Network;
- garanzie accessorie.

Sezione B – Estensione garanzie “su base facoltativa del singolo assicurato”

Prestazioni ospedaliere (condizioni come Sezione A salvo diversi Massimali):

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche per parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale.

Prestazioni Extra Ospedaliere (condizioni come Sezione A salvo diversi Massimali):

- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio;
- medicinali;
- assistenza infermieristica;
- indennità per malattia grave.

PREMI ANNUI

PREMI SEZIONE A

I premi annui per il complesso delle prestazioni indicate nella Sezione A comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

- a) dipendente e nucleo fiscalmente a carico come indicato nelle Definizioni, premio annuo lordo pro capite € (euro...../.....)

- b) coniuge o convivente "more uxorio" o figlio non fiscalmente a carico, premio annuo lordo pro capite pari al 40% (quaranta%) del premio di cui al punto a).

L'attivazione facoltativa - da parte dell'assicurato (ed a carico, pertanto, del singolo assicurato) - dell'opzione b), che è facoltativa ed a carico del singolo assicurato, comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come coniuge o convivente "more uxorio" o figli non fiscalmente a carico.

PREMI SEZIONE B

I premi annui per il complesso delle prestazioni indicate, nella Sezione B, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

- dipendente, coniuge o figlio risultante da stato di famiglia (anche non fiscalmente a carico) :
€

L'attivazione delle garanzie di cui alla SEZIONE B, che è facoltativa ed a carico del singolo dipendente assicurato, comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i figli risultanti dallo stato di famiglia.

=====

SEZIONE A

■ AREA RICOVERO

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

Relativamente alle liquidazioni correlate alle spese sostenute a seguito di **ricovero** in istituto di cura il presente Capitolato prevede un **massimale annuo pari ad Euro 200.000,00 per nucleo familiare**.

In caso di **“grande intervento chirurgico”**, intendendo per tali quelli contenuti nell’elenco dell’Allegato 1) al presente Capitolato, il **massimale suindicato si intende raddoppiato**.

La Società dovrà provvedere al pagamento 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) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

Non sono comprese le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero **in Istituto di cura non convenzionato con la Società**, la garanzia dovrà essere prestata nel **limite di €. 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero**.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell’accompagnatore nell’Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero **in Istituto di cura non convenzionato con la Società**, la garanzia dovrà essere prestata nel **limite di €. 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero**.

f) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, 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 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. Devono essere compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all’atto delle dimissioni dall’istituto di cura**.

g) Trasporto sanitario

La Società assicurativa dovrà provvedere al rimborso delle spese di trasporto dell’Assicurato in ambulanza, **con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all’Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.000,00 per ricovero**.

h) Trasporto in ambulanza

La Società dovrà provvedere al rimborso delle spese di trasporto in ambulanza, in caso di ricovero, **con un rimborso di € 500,00 per evento**. Nei casi in cui, per la presenza di una lista di attesa, la struttura non possa effettuare un ricovero urgente, devono essere rimborsate agli Assicurati le spese per il trasporto ferroviario, andata e ritorno in 1^a classe, dal luogo di residenza al capoluogo di provincia in cui sono presenti strutture sanitarie convenzionate.

i) Day-Hospital

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

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

l) Intervento Chirurgico Ambulatoriale

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

m) Trapianti

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

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

n) Parto non cesareo e aborto terapeutico

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

La garanzia deve essere prestata fino ad un **massimo di € 2.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare**, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, **ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia g) "Trasporto sanitario"**.

2 CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE AREA RICOVERO

Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società

Nel caso di utilizzo esclusivo delle strutture e dei medici convenzionati con la Società, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con applicazione di una **franchigia di euro 750,00 per ogni ricovero** (anche in regime di day hospital). Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale la franchigia si intende ridotta ad **euro 350,00**, ad eccezione delle seguenti:

- f) "Trasporto sanitario";
- h) "Trasporto in ambulanza"

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

punto n) "Parto non cesareo e aborto terapeutico";

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

Utilizzo di strutture private in regime rimborsuale

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di € 750,00 per ogni ricovero (anche in regime di day hospital). Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale il minimo non indennizzabile si intende ridotto ad € 700,00, ad eccezione delle seguenti:

1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":

- lett. e) "Accompagnatore";
 - f) "Trasporto sanitario";
 - h) "Trasporto in ambulanza";
 - n) "Parto non cesareo e aborto terapeutico";

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

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero con costo a completo carico del S.S.N., viene attivata la garanzia prevista al punto 2

"Indennità Sostitutiva".

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

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

Nei casi di ricovero in cui l'Istituto di cura non convenzionato richieda il pagamento di un anticipo, La Società dovrà corrispondere - su domanda dell'Assicurato - l'importo richiesto a tale titolo nella misura del 50% della somma, salvo conguaglio a cure ultimate.

2 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato - qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità da parte della Società di provvedere al pagamento delle spese di pre e post ricovero con le modalità di cui ai punti "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. a) Pre- ricovero e lett. g) Post ricovero - avrà diritto a un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero.

3 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel limite annuo di € 10.000,00 per nucleo familiare, la Società, per un periodo di 100 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, dovrà mettere a disposizione, tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Società dovrà altresì concordare il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

■ AREA EXTRARICOVERO

4 ALTA DIAGNOSTICA

Il limite annuo di spesa rimborsabile per la presente garanzia deve essere pari a € 5.000,00 per nucleo familiare.

Elenco Prestazioni di Alta Diagnostica:

Ecocardiografia
Elettroencefalogramma
Elettromiografia
Mammografia o Mammografia Digitale
PET
Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
Scintigrafia
Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
Angiografia
Artrografia
Broncografia
Cistografia
Cistouretrografia
Clisma opaco
Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
Colangiografia percutanea (PTC)
Colangiografia trans Kehr
Colecistografia
Dacriocistografia/Dacriocistotac
Defecografia
Fistolografia
Flebografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Mielografia
Retinografia
Rx esofago con mezzo di contrasto
Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
Scialografia
Splenoportografia
Urografia
Vesciculodeferentografia
Videoangiografia
Wirsunggrafia
Chemioterapia
Cobaltoterapia
Dialisi

Laserterapia a scopo fisioterapico
Radioterapia.

Condizioni di Liquidazione

Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società

le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato dovranno essere liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 45,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Utilizzo di strutture private in regime rimborsuale

le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 80,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

I ticket vengono rimborsati integralmente.

5 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il limite annuo assicurato per la presente garanzia dovrà corrispondere a € 1.000,00 per nucleo familiare.

La Società dovrà provvedere al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Dovrà rientrare in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia sarà 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) dovranno riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Condizioni di Liquidazione

- Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società

Le prestazioni possono essere effettuate in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 45,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

- Utilizzo di strutture private in regime rimborsuale

Non prevista.

6 PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

La Società dovrà rimborsare le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di € 1.300,00 per nucleo familiare.

Il massimale di € 1.300,00 anno/nucleo previsto al presente articolo dovrà essere prestato senza applicazione di franchigie o scoperti anche per le prestazioni effettuate al di fuori della rete convenzionata.

7 CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche la Società dovrà liquidare 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 e l'assistenza infermieristica domiciliare.

Il massimale di € **10.000,00** anno/nucleo previsto al presente articolo dovrà essere prestato senza applicazione di franchigie o scoperti anche per le prestazioni effettuate al di fuori della rete convenzionata.

8 PREVENZIONE ODONTOIATRICA

La Società provvede al pagamento di **una visita specialistica e una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate con la Società previa prenotazione**. Le prestazioni sotto indicate hanno la finalità il monitoraggio della eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si ritiene siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.
- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, **il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società**, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società dovrà provvedere ad autorizzare e liquidare la stessa nei **limiti sopra indicati**.

9 CURE DENTARIE SOLO DA INFORTUNIO

La Società, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, dovrà liquidare all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sotto indicate. Dovrà altresì rimborsare le spese per cure dentarie e para dentarie che siano la conseguenza di patologie neoplastiche.

Il massimale di € **1.500,00** anno/nucleo previsto al presente articolo dovrà essere prestato senza applicazione di franchigie o scoperti anche per le prestazioni effettuate al di fuori della rete convenzionata.

10 CHECK UP

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta l'anno in un'unica soluzione in strutture sanitarie private convenzionate con La Società indicate dal Call Center previa prenotazione**.

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT

Capitolato tecnico CNEL

- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Visita cardiologica + ECG

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Visita ginecologica + Pap test

11 PRENOTAZIONE DI PRESTAZIONI ALL'INTERNO DEL NETWORK A TARIFFE SCONTATE

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

12 GARANZIE ACCESSORIE

Gli assicurati con il presente Capitolato speciale devono poter beneficiare, senza costi aggiuntivi, dei seguenti servizi erogati nel rispetto della normativa in vigore:

Servizio di consulenza medica

SEZIONE B

La Sezione B prevede garanzie "ad adesione facoltativa" con costo a carico del dipendente (con trattenuta in busta paga).

La presente Sezione prevede prestazioni ulteriori rispetto a quelle comprese nella Sezione A (con costo carico del Cnel), ne innalza la disponibilità massima rimborsabile per ciascun anno assistenziale per nucleo familiare assicurato.

AREA RICOVERO

Per l'Assicurato ed il nucleo familiare il massimale annuo di assistenza di cui al punto Area Ricovero della Sezione A viene innalzato da € 200.000,00 ad € 400.000,00 per quanto riguarda il ricovero diverso da Grande intervento e da € 400.000,00 ad € 450.000,00 per quanto riguarda il ricovero da Grande intervento (come da Allegato 1).

13 ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Si rimborsano le spese per assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 80,00 al giorno** per massimo di 30 giorni di ricovero.

AREA EXTRARICOVERO

14 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il rimborso di queste prestazioni rientra nell'ambito del limite annuo previsto nella SEZIONE A (al punto 5).

La Società dovrà provvedere al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

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

Condizioni di Liquidazione

▪ **Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società**
prevista nella sezione A

▪ **Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 80,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

▪ **Utilizzo di strutture private in regime rimborsuale**

rimborso integrale dei ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

15 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Nel limite annuo di **€ 350,00 per nucleo familiare**, la Società dovrà provvedere al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o

paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Condizioni di Liquidazione

Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società

le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato dovranno essere liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società

le spese sostenute dovranno essere rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per fattura.

Utilizzo di strutture private in regime rimborsale

rimborso integrale dei ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

16 MEDICINALI

Nel limite annuo di € 500,00 per nucleo familiare, la Società dovrà procedere al rimborso delle spese per medicinali prescritti a seguito di malattia o infortunio.

Per l'attivazione della garanzia si renderà necessaria una prescrizione medica contenente la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Rientrano in garanzia i medicinali presenti nel prontuario farmacologico per i quali il rimborso delle spese è effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 25% e con minimo non indennizzabile di € 30,00 per scontrino.

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

- copia delle prescrizioni mediche nominative;
- fustelle staccate dalla confezione del farmaco o parte della confezione del farmaco da cui risultino denominazione e prezzo del farmaco;
- relativi scontrini fiscali.

Non verrà, in ogni caso previsto il rimborso per medicinali quali ad esempio viagra, cialis, prodotti dietologici, anticoncezionali, prodotti di dermocosmesi e da banco.

17 INDENNITA' PER MALATTIA GRAVE

La Società dovrà erogare, in caso di eventi gravi insorti successivamente alla data di sottoscrizione del contratto (di cui all'Allegato 2), un'indennità "una tantum" di € 1.500,00 per ogni Assicurato.

SEZIONE C

CONDIZIONI DEL PIANO SANITARIO

DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per la Sezione A per i dipendenti, e per i relativi familiari, avrà effetto dalle ore 24.00 del 31/03/2019.

Oltre il 31/03/2019 non potranno più verificarsi inclusioni\estensioni a carico del singolo Dipendente Assicurato (facoltative), salvo il caso di neo-assunzioni.

EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1901 del C.C., l'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza anche se il premio o la prima rata di premio non è stata pagata. Il Contraente è obbligato a pagare la prima rata di premio alla Società entro 30 giorni dalla decorrenza stessa. Se il Contraente non paga la prima rata di premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30mo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha durata biennale e scade alle ore 24 del 31/03/2021, senza tacito rinnovo.

INCLUSIONI / ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i dipendenti, e per i loro familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini indicati alla voce "Persone assicurate" delle Definizioni del presente Capitolato, le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Coniuge e figli fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge e i figli fiscalmente a carico possono essere inclusi anche in un momento successivo al termine ultimo fissato per la consegna della scheda di adesione.

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

2) Coniuge e figli fiscalmente non a carico e convivente "more uxorio" risultanti dallo stato di famiglia

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge e i figli fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio", possono essere inclusi mediante pagamento del relativo premio ed invio dell'apposito modulo tassativamente entro la data del gg/mm/2017 (data da concordare tra le Parti); 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.

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

3) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

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

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

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

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

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

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

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

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

6) Cessazione del rapporto di lavoro

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

LIMITAZIONI - LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 70° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del 70° anno d'età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 70° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione ha efficacia e validità in tutto il mondo.

INOPERATIVITÀ DELLE GARANZIE

L'assicurazione 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. In caso di intervento 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;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'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.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, eventi atmosferici;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

ONERI FISCALI

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

PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del Comune di residenza o domicilio dell'Assicurato o degli aventi diritto previo esperimento del procedimento di mediazione di cui al D.lgs. 28/2010 (modificato dal D.L.n.69/2013 convertito con modificazioni in Legge n. 98/2013) nei casi previsti dalla legge o se voluta dalle parti e salvo diverse disposizioni di legge pro tempore vigenti. La domanda di mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione, accreditato presso il Ministero della Giustizia, nel luogo del giudice territorialmente competente. Foro competente di Roma.

TERMINI DI PRESCRIZIONE

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

RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente disciplinato, valgono le norme di legge.

ALTRE ASSICURAZIONI

L'assicurato è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre 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. .

AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il CNEL dovrà comunicare alla Società l'eventuale aggravamento del rischio legato al trasferimento della sede operativa e/o della sede legale dell'Ente assicurato ai sensi dell'art. 1898 c.c..

DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Società e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori della Società ed i medici dovranno essere a disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo contatto con la Società, le spese dovranno essere liquidate secondo quanto indicato ai successivi paragrafi "Sinistri in strutture convenzionate con la Società", "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Società e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute dovranno essere rimborsate con le modalità indicate ai paragrafi "Utilizzo di

strutture private in regime rimborsuale” e “Condizioni di Liquidazione” Area Ricovero “Utilizzo di strutture private in regime rimborsuale”.

UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE 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, 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 per attestazione dei servizi ricevuti.

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

La Società dovrà provvedere 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 effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai paragrafi “Utilizzo di strutture private in regime rimborsuale” o “Utilizzo del servizio sanitario nazionale” e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

L'Assicurato deve 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.

UTILIZZO DI STRUTTURE PRIVATE IN REGIME RIMBORSUALE

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

- modulo di denuncia del sinistro debitamente 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 intervento chirurgico ambulatoriale (*), copia completa della documentazione clinica, 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. 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.

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

Ai fini di una 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 viene 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 fruitive 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 deve 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, con le modalità di cui all'art. "Condizioni di Liquidazione" Area Ricovero "Utilizzo di strutture private in regime rimborsuale" per le garanzie di ricovero e con le modalità riportate nei singoli punti delle garanzie di specialistica, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni Extra Ricovero effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute dovranno essere liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti paragrafi "Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società" o "Utilizzo di strutture private in regime rimborsuale".

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.

CLAUSOLA BROKER

Il CNEL si avvale per il presente servizio dell'assistenza professionale della Assigeco Srl (Broker iscritto al RUI n. B000099506, sezione B). E' prevista una commissione a favore del Broker pari al 10% (dieci%) del premio annuo imponibile a carico dell'Assicuratore.

=====



Allegato 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatici
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

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

GINECOLOGIA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

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

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

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

=====



Consiglio Nazionale Economia e Lavoro



78073706

0000207-01/02/2019-CNEL-CNEL-P

Consiglio Nazionale Economia e Lavoro



78073894

0000208-01/02/2019-CNEL-CNEL-P

Consiglio Nazionale Economia e Lavoro



78073556

0000206-01/02/2019-CNEL-CNEL-P

Allegato 2

DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE

Sono considerati rimborsabili i casi ascrivibili alle seguenti malattie gravi:

- infarto del miocardio acuto: coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico.
- chirurgia cardiovascolare: procedure di by-pass aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna); interventi di applicazione di valvola protesica meccanica o biologica
- ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio presente anche alla data della richiesta di indennizzo.
- tumore: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera; limitatamente alla sola garanzia in oggetto sono esclusi i carcinomi in situ (intendendosi per tali i carcinomi che si sviluppano solo localmente con prognosi favorevole, senza tendenza a metastatizzare, aggredibili con le più semplici tecniche chirurgiche) e di tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno.
- insufficienza renale: malattia renale irreversibile in dialisi cronica.
- trapianto d'organo: malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: fegato, cuore, rene pancreas polmone, midollo osseo con certificazione rilasciata dai centri medici autorizzati al trapianto che attestino la necessità dell'intervento e l'inserimento del soggetto in lista di attesa.

=====



Consiglio Nazionale Economia e Lavoro



78073706

0000207-01/02/2019-CNEL-CNEL-P

Consiglio Nazionale Economia e Lavoro



78073894

0000208-01/02/2019-CNEL-CNEL-P

Consiglio Nazionale Economia e Lavoro



78073556

0000206-01/02/2019-CNEL-CNEL-P