246-14.8-22/02/2017-CNEL-SG-P

Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro

UFFICIO AFFARI GENERALI

A CATTOLICA Assicurazioni

PEC:Cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it

Roma 22.02.2017

OGGETTO: Procedura negoziata sotto soglia - ai sensi dell'art. 36, co. 2 - lett. b), d. lgs. 18 aprile 2016, n. 50 - 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. CIG: 698712993F -

Il Consiglio Nazionale dell'economia e del lavoro – CNEL ha necessità di procedere all'affidamento, a decorrere dal 1° aprile 2017 per la durata di 12 Mesi - con opzione di rinnovo per ulteriori 12 mesi agli stessi patti e condizioni economiche - del servizio assicurativo/polizza di tutela sanitaria integrativa su base collettiva e con oneri a carico del CNEL per i dipendenti in servizio del Segretariato Generale del CNEL e relativi nuclei familiari fiscalmente a carico

A seguito di approfondita analisi della piattaforma di *e-procurement* gestita da Consip S.p.A., il servizio assicurativo di tutela sanitaria integrativa di cui necessita il CNEL - così come strutturato secondo le proprie peculiari esigenze - non risulta disponibile nell'ambito delle Convenzioni, né in quello del Mercato Elettronico della P.A. (Mepa);

.

A tal fine - a seguito di indagine di mercato avviata in data 7 febbraio 2017 mediante pubblicazione di apposito Avviso sul sito web istituzionale dell'Ente e conclusasi in data 21 febbraio 2017 - sono state individuate le Società/Imprese, specializzate ed operanti nel settore economico di riferimento, che si ritiene siano in grado di produrre al riguardo una congrua offerta garantendo nel contempo - qualora si pervenga al formale affidamento dello stesso - competenza, affidabilità e professionalità nella gestione del predetto servizio assicurativo.

A completamento della disamina di cui sopra è fatto cenno, questo Ufficio ha provveduto pertanto alla individuazione degli operatori economici che hanno manifestato interesse a partecipare alla presente procedura e che, pertanto, con riguardo alla fattispecie in esame, sono invitati a presentare una dettagliata offerta finalizzata all'affidamento, per la durata di 12 mesi - con opzione di rinnovo per ulteriori 12 mesi agli stessi patti e condizioni economiche - del precitato servizio di assicurativo/polizza di tutela sanitaria integrativa su base collettiva e con oneri a carico del CNEL per i dipendenti in servizio del Segretariato Generale del CNEL e relativi nuclei familiari fiscalmente a carico.

La Società offerente dovrà garantire la disponibilità per l'intera durata contrattuale di una Cassa di Assistenza che abbia finalità assistenziale e sia abilitata a norma di legge a ricevere i contributi in riferimento alle attività e prestazioni oggetto di contratto e risulti idonea ad assumere la contraenza del programma di rimborso delle spese mediche ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all'art. 51 del dPR 917/1986 e ss.mm.ii. Detta Cassa dovrà, pertanto, risultare iscritta all'Anagrafe dei Fondi Integrativi sanitari di cui al Decreto del Ministro del Lavoro del 27 ottobre 2009.

Le società/imprese in indirizzo sono pertanto invitate a produrre una proposta/offerta economica corredando la medesima di ogni eventuale informazione che, al riguardo, ritengano necessaria e funzionale ai fini dell'affidamento del servizio in parola - specificando in percentuale il ribasso complessivo operato sul prezzo posto a base d'asta, sulla base delle condizioni di cui al Capitolato tecnico CNEL per lo svolgimento del servizio (ALLEGATO A), nonché degli ulteriori ALLEGATI B) e C), con conseguente indicazione del premio annuo in euro per COPERTURA BASE, comprensivo di oneri fiscali, per ciascun dipendente e nucleo familiare fiscalmente a carico.

Sarà, altresì, necessario corredare la suddetta proposta/offerta con le seguenti indicazioni:

- **premio annuo in euro per COPERTURA BASE, comprensivo di oneri fiscali, per ciascun dipendente, coniuge o convivente more uxorio o figlio non fiscalmente a carico;**
- **premio annuo in euro per COPERTURA FACOLTATIVA, comprensivo di oneri fiscali, per ciascun dipendente, coniuge o figlio risultante da stato di famiglia (anche non fiscalmente a carico).**

Detta offerta, unitamente alla ulteriore documentazione amministrativa, dovrà essere trasmessa **entro e non oltre le ore 15.00 del giorno 7 marzo 2017** al seguente indirizzo:

Consiglio Nazionale dell'economia e del lavoro - CNEL
Ufficio Gestione Risorse Umane
Viale David Lubin, 2
00196 Roma

==========

DISCIPLINARE DI GARA

L'offerta economica, a pena di esclusione dalla gara, dovrà essere contenuta in un **plico (Offerta economica - busta B) chiuso** con ceralacca o con striscia di carta incollata o nastro adesivo sui lembi di chiusura e, analogamente all'ulteriore plico (**Documentazione amministrativa - busta A**), **dovrà recare a scavalco su detti lembi di chiusura il timbro e la controfirma dell'offerente.**

Il PLICO GENERALE, contenente le precitate buste "A) – Documentazione amministrativa" e "B) - Offerta economica", - anch'essa chiuso con ceralacca o con striscia di carta incollata o nastro adesivo sui lembi di chiusura e recante a scavalco sui lembi di chiusura il timbro e la controfirma dell'offerente - **dovrà recare all'esterno:**

1) **gli estremi del mittente** (denominazione o ragione sociale del concorrente, il numero di telefono, il fax e l'indirizzo di posta elettronica e **indirizzo PEC** ove inviare comunicazioni inerenti la procedura);
2) **gli estremi del destinatario**;
3) **la seguente dicitura nella parte frontale della busta**:

" Procedura negoziata sotto soglia - ai sensi dell'art. 36, co. 2 - lett. b), d. lgs. 18 aprile 2016, n. 50 - 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". CIG: 698712993F -

Il suddetto plico – chiuso, sigillato e controfirmato secondo le modalità di cui sopra - **dovrà pertanto contenere al suo interno, a pena di esclusione dalla gara, due buste**, anch'esse chiuse, sigillate e controfirmate con le modalità sopra richiamate.
Le precitate buste dovranno essere non trasparenti (in modo da non rendere conoscibile il loro contenuto) e dovranno riportare, rispettivamente, la dicitura ed avere il contenuto qui di seguito specificati:

Busta	Dicitura	Contenuto
A	**"Procedura negoziata sotto soglia – ai sensi dell'art. 36, co. 2 - lett. b), d. lgs. 18 aprile 2016, n. 50 - 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" CIG: 698712993F -**	**Documentazione amministrativa**
B	**"Procedura negoziata sotto soglia – ai sensi dell'art. 36, co. 2 - lett. b), d. lgs. 18 aprile 2016, n. 50 - per l'affidamento del assicurativo/Polizza di tutela sanitaria integrativa in favore dei dipendenti del Segretariato Generale del Consiglio Nazionale dell'economia e del lavoro – CNEL" CIG: 698712993F -**	**Offerta economica**

I plichi, come sopra è fatto cenno, devono contenere al loro interno **due buste** recanti l'intestazione del **mittente** e la dicitura, rispettivamente **"A – Documentazione amministrativa"** e **"B - Offerta economica"**.

♦ *Nella busta A – "Documentazione amministrativa" devono essere contenuti i seguenti documenti:*

1) Dichiarazione sostitutiva, resa in conformità alle previsioni del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e sottoscritta dal legale rappresentante dell'impresa ed accompagnata da copia di documento di identità dello stesso, **che contenga le informazioni, le attestazioni e le allegazioni di cui all'ALLEGATO D) alla presente lettera di invito:**

"dichiarazioni sul possesso: dei requisiti generali ai sensi dell'art. 80 d. lgs 50/2016; dei requisiti di idoneità professionale, capacità economico-finanziaria e capacità tecniche professionali ai sensi dell'art. 83 e Allegato XVII d. lgs. 50/2016"; **nonché la materiale allegazione di "idonee dichiarazioni rilasciate da almeno due Istituti bancari"**;

2) Garanzia "provvisoria" (garanzia fideiussoria bancaria o assicurativa) pari al 2% dell'importo a base d'asta, ovvero in misura ridotta secondo quanto previsto nel d.lgs. 50/2016. In quest'ultimo caso, per avere diritto alla riduzione dell'importo cauzionale è necessario allegare, in conformità alle disposizioni di cui all'art. 93 del d.lgs. n. 50/2016, la certificazione a corredo della relativa riduzione.
La garanzia provvisoria copre la mancata sottoscrizione del contratto dopo l'aggiudicazione, per fatto dell'affidatario riconducibile ad una condotta connotata da dolo o colpa grave, ed è svincolata automaticamente al momento della sottoscrizione del contratto medesimo.

3) L'impegno di un fideiussore (anche diverso da quello che ha rilasciato la garanzia provvisoria) a rilasciare la garanzia fideiussoria definitiva (ex art. 93, co. 8 d. lgs. 50/2016) per l'esecuzione del relativo contratto qualora l'offerente risultasse aggiudicatario, con copia del documento di identità del sottoscrittore;

4) Il "PassOE", relativo al Sistema Avcpass per la verifica dei requisiti deve essere obbligatoriamente inserito dall'Operatore economico nella busta A contenente la documentazione amministrativa; si evidenzia, a tal proposito, la necessità di produrre il precitato PassOE in quanto quest'ultimo rappresenta lo **strumento necessario ed esclusivo** per **procedere alla verifica dei requisiti** stessi da parte della stazione appaltante, rimanendo fermo l'obbligo per l'operatore economico di presentare, comunque, le autocertificazioni richieste dalla normativa vigente in ordine al possesso dei requisiti per la partecipazione alla procedura di affidamento (Vds comunque capoverso dedicato alla registrazione e creazione del PassOE da parte dell'operatore economico).

5) Capitolato tecnico CNEL per lo svolgimento del servizio (ALLEGATO A) e ulteriori Allegati - ALLEGATO B): "Prospetto dei sinistri di cui al precedente Piano assicurativo CNEL" e ALLEGATO C): "Popolazione da assicurare" - debitamente timbrati e sottoscritti per presa visione e accettazione dal legale rappresentante della Società/Impresa;

♦ ***Nella busta B – "Offerta economica" deve essere contenuta la seguente documentazione:***

- **Offerta Economica - corredando la medesima di ogni eventuale informazione che, al riguardo, ritengano necessaria e funzionale ai fini dell'affidamento del servizio assicurativo in parola - specificando in percentuale il ribasso complessivo operato; detta offerta economica dovrà essere sottoscritta dal legale rappresentante o da suo procuratore dotato di regolare procura.**

In caso di discordanza tra il ribasso complessivo percentuale espresso in lettere e quello espresso in cifre, **si terrà conto del ribasso percentuale indicato in lettere**.

- **La dichiarazione d'offerta dovrà contenere, tra l'altro:l'impegno a tenere ferma l'offerta per un periodo non inferiore a 180 (centoottanta) giorni dalla data di scadenza del termine fissato per la presentazione della medesima**

- Nel caso in cui i documenti e le dichiarazioni siano sottoscritti da un procuratore del legale rappresentante, **deve essere allegata anche la relativa procura**.

Il plico generale dovrà essere inviato a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, ovvero mediante consegna tramite agenzie di recapito e corrieri privati.
E' consentita la consegna a mano dei plichi, entro il medesimo termine perentorio, presso la Segreteria del Segretario Generale - Villa Lubin - CNEL, Viale David Lubin 2 – Roma, con apposizione di timbro, data ed ora di consegna, al fine di comprovare la data e l'ora di presentazione dell'offerta.
L'invio del plico contenente l'offerta e la documentazione amministrativa è a totale ed esclusivo rischio del mittente, restando esclusa qualsivoglia responsabilità del committente ove, per disguidi postali o di altra natura ovvero per qualsiasi motivo, il plico non pervenga entro il previsto termine perentorio di scadenza all'indirizzo di destinazione.

L'aggiudicazione del servizio assicurativo/Polizza di tutela sanitaria integrativa per le esigenze del CNEL avverrà secondo il criterio del minor prezzo mediante l'acquisizione di offerte formulate al ribasso sulla base del valore complessivo stimato posto a base di gara e secondo le condizioni di cui al Capitolato tecnico CNEL per lo svolgimento del servizio, come specificamente strutturato dal CNEL sulla base delle proprie esigenze (ALLEGATO A), nonché degli ulteriori Allegati - ALL. B) e ALL. C) -.

Il valore stimato "annuale" dell'appalto concernente il precitato servizio assicurativo/Polizza di tutela sanitaria integrativa per le esigenze del CNEL è pari a € 65.000,00 IVA esclusa.

Il valore complessivo stimato - comprensivo della precitata opzione per ulteriori 12 mesi - è pari a: "€ 130.000,00 IVA esclusa".

In relazione ai rischi specifici da interferenza, la stazione appaltante dichiara che gli stessi sono pari a zero.

L'apertura dei plichi, la valutazione della documentazione amministrativa, delle offerte e la scelta della Impresa/Società nei cui confronti avverrà l'aggiudicazione provvisoria **sarà effettuata il giorno 9 marzo 2017 alle ore 10.00.**

==========

Procedura di gara e aggiudicazione

La scelta del contraente avviene mediante procedura negoziata sotto soglia - ai sensi dell'art. 36, co. 2 - lett. b), d. lgs. 18 aprile 2016, n. 50.
L'aggiudicazione avverrà mediante il **criterio del minor prezzo**, ai sensi del disposto dell'articolo 95, co. 4, del d.Lgs. n.50/2016, **determinato mediante ribasso percentuale sul valore stimato complessivo posto a base di gara.**
Qualora siano individuate offerte anormalmente basse si procederà alla valutazione circa la loro congruità ai sensi del Nuovo Codice degli Appalti pubblici.

La commissione di gara, il giorno fissato per l'apertura delle offerte procede, in seduta pubblica, all'**apertura della busta "A – Documentazione amministrativa"**, secondo l'ordine cronologico di arrivo dei plichi, e - sulla base della documentazione in essa contenuta - procede a:
a) verificare la completezza e correttezza formale della documentazione prodotta;
b) verificare il possesso dei requisiti generali dei concorrenti, al fine della loro ammissione alla gara, sulla base delle dichiarazioni da essi presentate e delle certificazioni (idonee dichiarazioni di almeno due istituti bancari e garanzia "provvisoria" fideiussoria bancaria o assicurativa) dagli stessi prodotte.

La commissione di gara procede, in seguito, **all'apertura della busta "B - Offerta economica"** presentata dai concorrenti non esclusi dalla gara - sempre secondo l'ordine cronologico sopraindicato - ed alla conseguente **proposta di aggiudicazione** del servizio all'impresa che abbia presentato il massimo ribasso sul listino prezzi CNEL allegato alla lettera di invito e posto a base di gara.

Si precisa, inoltre, che:

a) **si procederà all'aggiudicazione anche in presenza di una sola offerta valida**, sempre che la stessa sia ritenuta congrua e conveniente;
b) in caso di offerte uguali si procederà a **sorteggio**; a tal fine, verranno prese in considerazione le offerte ammesse in gara fino alla seconda cifra decimale;
c) **a seguito della sopracitata aggiudicazione, la Società dovrà tempestivamente produrre:**
- certificato di iscrizione alla CCIAA in corso di validità;
d) si informa che, **ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. n. 196/2003**, i dati raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito della presente gara;
e) **Ai sensi dell'art. 32, comma 10 - lett. b), d. lgs. 50/2016, il termine dilatorio di trentacinque giorni per la stipulazione del contratto, di cui al comma 9 della medesima disposizione, non trova applicazione;**
f) **l'aggiudicazione diviene efficace** dopo la verifica del possesso dei requisiti (art. 32, co. 7, d. lgs. 50/2016);
f) **la stipulazione del Contratto, ai sensi dell'art. 11, comma 9, del d. lgs. 163/2006, avrà luogo entro il termine di novanta (novanta) giorni dalla data della determina di aggiudicazione**

definitiva, salvo ulteriore differimento del suddetto termine espressamente concordato con l'aggiudicatario;

g) **Garanzia "definitiva" (Art. 103 d. lgs. 50/2016)** - **All'atto della sottoscrizione del Contratto**, l'Impresa/Società aggiudicataria si impegna a produrre - a garanzia degli obblighi assunti con il Contratto medesimo e del risarcimento dei danni derivanti dall'eventuale inadempimento delle obbligazioni medesime -, pena la decadenza dell'affidamento ai sensi dell'art.103, comma 3, d.lgs.50/2016, **garanzia fideiussoria bancaria/assicurativa** a titolo di **garanzia definitiva pari al 10% dell'importo complessivo contrattuale**.
L'efficacia della garanzia decorre dalla stipula del Contratto e cessa il giorno del rilascio del certificato di regolare esecuzione del servizio allorché è automaticamente svincolata estinguendosi ad ogni effetto.
La garanzia fideiussoria dovrà essere "a prima richiesta" e dovrà prevedere espressamente la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore principale, la rinuncia all'eccezione di cui all'art. 1957, comma 2 cod. civ., nonché l'operatività della garanzia medesima entro 15 giorni dalla semplice richiesta scritta della Stazione Appaltante.
La garanzia copre gli oneri per il mancato od inesatto adempimento e cessa di avere effetto solo alla data di emissione del certificato di regolare esecuzione del servizio attestata da relativo verbale.
La garanzia fideiussoria si intende, pertanto, costituita a garanzia dell'adempimento di tutti gli obblighi contrattuali derivanti dalla corretta esecuzione del servizio aggiudicato.

==========

"Utilizzo obbligatorio del Sistema AVCpass - ANAC per la verifica dei requisiti"

♦ **Successivamente all'approvazione della aggiudicazione provvisoria, la verifica del possesso dei requisiti di carattere generale, tecnico-organizzativo ed economico-finanziario avviene esclusivamente attraverso l'utilizzo del sistema AVCpass, reso disponibile dall'A.N.A.C..**

♦ **Tutte le Società/Imprese invitate a partecipare alla presente procedura "*devono pertanto obbligatoriamente registrarsi al sistema*" accedendo all'apposito link sul Portale ANAC (Servizi ad accesso riservato - AVCpass) secondo le istruzioni ivi contenute.**
L'amministratore/legale rappresentante tenuto alla *creazione del PAssOE* per la verifica dei requisiti deve registrarsi utilizzando l'apposito link "Registrazione" presente nella sezione "Servizi ad accesso riservato" del portale ANAC. Una volta ottenute le credenziali di accesso al servizio è necessario accedere al portale http://servizi.avcp.it e creare il profilo di "Amministratore OE"; il profilo è soggetto ad abilitazione da parte del Back Office ANAC.

♦ ***Il PassOE deve essere obbligatoriamente inserito nella busta A contenente la documentazione amministrativa,* ma non solleva l'operatore economico dall'obbligo di presentare le autocertificazioni richieste dalla normativa vigente in ordine al possesso dei requisiti per la partecipazione alla procedura di affidamento.**
Il PassOE rappresenta pertanto lo strumento necessario ed ineludibile per procedere alla verifica dei requisiti stessi da parte della stazione appaltante, ma resta fermo l'obbligo per l'operatore economico di presentare in sede di gara le autocertificazioni richieste dalla normativa vigente in ordine al possesso dei requisiti per la partecipazione alla procedura di affidamento.

==========

Per eventuali comunicazioni:

la Società/Impresa interessata potrà rivolgersi, formulando preferibilmente comunicazioni via mail o tramite pec, ai seguenti contatti:

PEC istituzionale: protocollo@postacert.cnel.it

Dirig. dott.ssa Angela Belli
e-mail: abelli@cnel.it
tel. : 06 3692 201

ALLEGATI:

Allegato A

- **Capitolato speciale CNEL per lo svolgimento del servizio;**

Allegato B)

- **Prospetto dei sinistri di cui al precedente Piano assicurativo CNEL;**

Allegato C)

- **Popolazione da assicurare;**

Allegato D)

- **Dichiarazione sul possesso dei requisiti.**

Distinti saluti.

Il Dirigente

(Angela Belli)

CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ECONOMIA E DEL LAVORO

Funzionario estensore dott. Fabrizio Canino – Ufficio affari generali - CNEL – 21.02.2017.

ALLEGATO A)

CAPITOLATO TECNICO PER LO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO

(Servizio assicurativo/Polizza di tutela sanitaria integrativa in favore dei dipendenti del Segretariato Generale del CNEL)

Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro

CIG assegnato alla procedura: **698712993F** -

Struttura organizzativa competente:
Ufficio per la Gestione delle Risorse Umane
Viale David Lubin, 2 – 00196 Roma
e-mail: **abelli@cnel.it**
tel. 063692201- PEC: **protocollo@postacert.cnel.it**

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 2017, 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 dovrà garantire e con la quale il Cnel aderente al Gruppo d'acquisto dovrà 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.

Per la comprensione dei termini usati nel presente Capitolato, si forniscono le seguenti definizioni:

DEFINIZIONI

Assicurazione
Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assicurato
Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Contraente
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

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 in data 31 marzo 2017 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 (aggiudicataria del servizio ass.vo)
....., Compagnia di Assicurazioni.

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.

La Società è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

SEZIONE A – PIANO SANITARIO

Il piano sanitario si compone di un modulo su base collettiva **Sezione A** 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

Prestazioni ospedaliere:

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

Prestazioni Extra Ospedaliere:

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

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 aggiudicataria del servizio 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 dal presente Capitolato le spese voluttuarie.

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 € 520,00 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^ 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 A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO
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".**

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 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 120 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 retrogada (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 indicate dal Call Center 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 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 paradentarie 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 <u>per gli uomini</u> 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
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Visita cardiologica + ECG

Prestazioni previste <u>per le donne</u> 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 al Call Center 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 da un Call Center nel rispetto della normativa in vigore:

Servizio di consulenza medica

Servizio di consulenza sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

Sevizio di prenotazione dell'appuntamento di prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

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 struttureprivate 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, 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**.

PREMI ANNUI

a. 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 € .....
b) coniuge o convivente "more uxorio o figlio non fiscalmente a carico € .....

L'attivazione dell'opzione b) comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come coniuge o convivente "more uxorio" o figli, risultanti dallo stato di famiglia.

L'opzione b) sarà attivata solo nel caso in cui aderisca un numero di nuclei familiari pari al 35% dei dipendenti assicurati.

b. PREMI SEZIONE B

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

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

L'attivazione della opzione c) comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i figli risultanti dallo stato di famiglia.

SEZIONE C

CONDIZIONI DEL PIANO SANITARIO

DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per la Sezione A per i dipendenti, e per i familiari, qualora le schede di adesione dovessero pervenire alla Società entro il..... (termine da concordare tra le Parti), avrà effetto in forma rimborsuale dalle ore 24.00 del 31/03/2017, mentre in forma diretta, nelle strutture convenzionate con la Società, avrà effetto dalle ore 24 del giorno di ricezione delle adesione tramite supporto informatico (file excel) e del corretto censimento delle anagrafiche nel database della Società.

Oltre il .....2017 non potranno più verificarsi inclusioni di familiari già presenti alla data di effetto indicata sul frontespizio di polizza all'interno dal nucleo familiare assicurato fatto salvo quanto eventualmente previsto al punto "Inclusioni / Esclusioni".

EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società in conformità alla normativa vigente.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha durata annuale e scade alle ore 24 del 31/03/2018, senza tacito rinnovo.

Il Cnel si riserva la facoltà di rinnovare il piano sanitario sottoscritto in data 31/03/2017, a seguito del perfezionamento della procedura di gara indetta per l'affidamento del Piano di assistenza sanitaria per il personale dipendente del Cnel – CIG 698712993F – aggiudicata a ....., per ulteriori 12 mesi agli stessi patti e alle stesse condizioni economiche, previa comunicazione scritta entro il termine di 60 giorni dalla scadenza del primo anno contrattuale.

INCLUSIONI / ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i dipendenti, e per i loro relativi 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.

FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

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 il Call Center della Società al numero verde gratuito .....(dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 39 .....) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori del Call Center 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 ricorso al Call Center, 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 il Call Center** 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 rimborsale".**

1 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.

2 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 fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.
L'Assicurato 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 Assicurative 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.

3 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.

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 echinococcosi 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 echinococcosi epatica
- 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
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

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

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

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 attesti la necessità dell'intervento e l'inserimento del soggetto in lista di attesa.

==========

ALLEGATO B)

Sinistri piano 1476 CNEL dal 31/05/2016 al 30/11/2016 (al 31/01/17)

	Rete		Fuori Rete		SSN		Totale	
Modulo Sinistro	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin
ODONTOIATRIA	19	853					19	853
RICOVERO	2	10.126					2	10.126
VISITE E ACCERTAMENTI	78	7.083	8	959	5	158	91	8.200
Totale	99	18.062	8	959	5	158	112	19.179
Premi								35.371
S/P								54%
S/P stima chiusura								75%

ALLEGATO C)

POPOLAZIONE DA ASSICURARE – CNEL

- **NUMERO POPOLAZIONE:** =62=
- **ETA' MEDIA:** =54,29=
- **FEMMINE:** =20=
- **MASCHI:** =42=

■■■■■■■■■■■■■■■■■■

ALLEGATO D)

Oggetto: **Procedura negoziata sotto soglia - ai sensi dell'art. 36, co. 2 - lett. b), d. lgs. 18 aprile 2016, n. 50 - per l'affidamento del servizio assicurativo/Polizza di tutela sanitaria integrativa in favore dei dipendenti del Segretariato Generale del CNEL.**

DICHIARAZIONE ATTESTANTE IL POSSESSO DEI REQUISITI
(CIG: 698712993F)

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà*
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.

Le dichiarazioni che seguono devono essere rese dal concorrente, complete dei dati richiesti nella lettera di invito e nel capitolato.
La dichiarazione dovrà essere sottoscritta nelle forme stabilite dall'art. 38, D.P.R. 445/2000.
Si rammenta che la falsa dichiarazione comporta le conseguenze, responsabilità e sanzioni di cui agli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000.
In ordine alla veridicità delle dichiarazioni, l'Amministrazione si riserva di procedere a verifiche d'ufficio, anche a campione.
Non è ammessa la sostituzione dei certificati e delle dichiarazioni con fotocopie e duplicati non autenticati nelle forme previste dagli artt.18 e 19 del D.P.R. n. 445/2000.

Il sottoscritto/a _____ in qualità di legale rappresentante/titolare, della Società _____
con sede a_____ via _____
C.F._____P.IVA_____,
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

1. di essere iscritto nel registro delle imprese della Camera di Commercio Industria Artigianato Agricoltura di _____ al n._____per il tipo di attività corrispondenti all'oggetto della gara ed essere iscritta all Anagrafe dei Findi Integrativi Sanitari di cui al Decreto del Ministro del Lavoro del 27 ottobre 2009;
2. che i legali rappresentanti della Società e coloro che legittimamente possono impegnarla sono: (indicare i nominativi ed esatte generalità, in particolare, per le società in nome collettivo dovranno risultare tutti i soci, per la società in accomandita semplice i soci accomandatari, per le altre società indicare i componenti del consiglio di amministrazione muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o di vigilanza, i soggetti muniti di poteri di rappresentanza, direzione o controllo, il socio unico o il socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci);

Nome, Cognome e Codice fiscale	Data e luogo di nascita	Luogo di residenza (Indirizzo completo)	Carica ricoperta

3. il/i direttore/i tecnico/i è/sono:

Nome, Cognome e Codice fiscale	Data e luogo di nascita	Luogo di residenza (Indirizzo)

4. Eventuali persone cessate dalla carica nell'anno antecedente la data di pubblicazione del bando di gara:

_____
_____
_____
_____
_____

5. di non incorrere nei motivi di esclusione di cui all' artt. 80 del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 e più precisamente dichiara:

A1) di essere a piena e diretta conoscenza che nessuno dei soggetti sopraindicati ai numeri 2, 3, 4 ha riportato condanna con sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per uno dei seguenti:

a) delitti, consumati o tentati, di cui agli articoli 416, 416-bis del codice penale ovvero delitti commessi avvalendosi delle condizioni previste dal predetto art. 416-bis ovvero al fine di agevolare l'attività delle associazioni previste dallo stesso articolo, nonché per i delitti, consumati o tentati, previsti dall'art. 74 del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, dall'art. 291-quater del D.P.R. 23 gennaio 1973, n. 43 e dall'art. 260 del d.lgs. 3 aprile 2006, n. 152, in quanto riconducibili alla partecipazione a un'organizzazione criminale, quale definita all'articolo 2 della decisione quadro 2008/841/GAI del Consiglio;
b) delitti, consumati o tentati, di cui agli articoli 317, 318, 319, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353, 353-bis, 354, 355 e 356 del codice penale nonché all'art. 2635 del codice civile;
c) frode ai sensi dell'art. 1 della convenzione relativa alla tutela degli interessi finanziari delle Comunità europee;
d) delitti, consumati o tentati, commessi con finalità di terrorismo, anche internazionale, e di eversione dell'ordine costituzionale reati terroristici o reati connessi alle attività terroristiche;
e) delitti di cui agli articoli 648-bis, 648-ter e 648-ter.1 del codice penale, riciclaggio di proventi di attività criminose o finanziamento del terrorismo, quali definiti all'art. 1 del d.lgs.. 22 giugno 2007, n. 109 e successive modificazioni;
f) sfruttamento del lavoro minorile e altre forme di tratta di esseri umani definite con il d.lgs. 4 marzo 2014, n. 24;
g) ogni altro delitto da cui derivi, quale pena accessoria, l'incapacità di contrattare con la pubblica amministrazione;

ovvero

h) che *(1)* _____
è incorso in condanne, con sentenze passate in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 C.P.P., e precisamente:

(2) _____
_____

e che l'impresa ha dimostrato una completa ed effettiva dissociazione dalla condotta penalmente sanzionata, come risulta dalla documentazione allegata;

[1] **Indicare nome e cognome del soggetto**

[2] **Vanno indicate tutte le condanne penali, ivi comprese quelle per le quali il soggetto abbia beneficiato della non menzione. Non è necessario indicare le condanne quando il reato è stato depenalizzato ovvero per le quali è intervenuta la riabilitazione ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna medesima**

A2) di essere a piena e diretta conoscenza dell'insussistenza, ai sensi dell'art. 80, comma 2, d.lgs. 50/2016, delle cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del d.lgs. 6 settembre 2011, n. 159 o di un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all'articolo 84, comma 4, del medesimo decreto per i soggetti sopraindicati ai numeri 2 e 3;

A3) di non aver commesso, ai sensi dell'art. 80, comma 4, d.lgs. 50/2016, violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o i contributi previdenziali, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui sono stabiliti;

A4) di non incorrere in nessuna delle cause di esclusione dalle procedure di affidamento di appalti pubblici di cui all'art. 80, comma 5, d.lgs. 50/2016, e in particolare:

a) di non aver commesso gravi infrazioni debitamente accertate alle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro nonché agli obblighi di cui all'articolo 30, comma 3 del d.lgs. 50/2016;

b) di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, salvo il caso di concordato con continuità aziendale, né di trovarsi in un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni, fermo restando quanto previsto dall'articolo 110 del d.lgs. 50/2016;

c) di non aver commesso gravi illeciti professionali, tali da rendere dubbia la sua integrità o affidabilità. Tra questi rientrano: le significative carenze nell'esecuzione di un precedente contratto di appalto o di concessione che ne hanno causato la risoluzione anticipata, non contestata in giudizio, ovvero hanno dato luogo ad una condanna al risarcimento del danno o ad altre sanzioni; il tentativo di influenzare indebitamente il processo decisionale della stazione appaltante o di ottenere informazioni riservate ai fini di proprio vantaggio; il fornire, anche per negligenza, informazioni false o fuorvianti suscettibili di influenzare le decisioni sull'esclusione, la selezione o l'aggiudicazione ovvero l'omettere le informazioni dovute ai fini del corretto svolgimento della procedura di selezione;

d) che la partecipazione alla presente procedura non comporta situazioni di conflitto di interesse ai sensi dell'articolo 42, comma 2, d.lgs. 50/2016, non diversamente risolvibile;

e) che non sussiste una distorsione della concorrenza ai sensi dell'art. 80, comma 5, lettera e), del d.lgs. 50/2016;

f) di non essere stato soggetto alla sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c) del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 o ad altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione, compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81;

g) di non essere iscritto nel casellario informatico tenuto dall'Osservatorio dell'ANAC per aver presentato false dichiarazioni o falsa documentazione ai fini del rilascio dell'attestazione di qualificazione;

h) che: **(barrare il quadratino che interessa)**

□ non è stato violato il divieto di intestazione fiduciaria posto all'art. 17 della L. 19.3.1990 n. 55;

ovvero

□ che, nel caso di avvenuta violazione del divieto di intestazione fiduciaria posto dall'art. 17 della L. 19.3.1990 n. 55, è trascorso più di un anno dal definitivo accertamento della condotta e, in ogni caso, la violazione medesima è stata rimossa;

i) di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili e precisamente: (barrare il quadratino che interessa)

□ **(per le ditte che occupano meno di 15 dipendenti, ovvero per le ditte che occupano da 15 a 35 dipendenti e che non hanno effettuato nuove assunzioni dopo il 18.01.2000)**, che l'impresa non è assoggettabile agli obblighi di assunzione obbligatoria di cui alla Legge 68/1999;

oppure

□ **(per le ditte che occupano più 35 dipendenti e per le ditte che occupano da 15 a 35 dipendenti e che abbiano effettuato nuove assunzioni dopo il 18.01.2000)**, che l'impresa ha ottemperato alle norme di cui all'art. 17 Legge 68/1999 e che tale situazione di ottemperanza può essere certificata dal competente Ufficio Provinciale di: .....
.....
Comune di: .....Via ..... n. ..... CAP..... tel. ..... Fax .....

l) che i soggetti sopra indicati ai numeri 2 e 3 ***(barrare il quadratino che interessa)***

□ non sono stati vittime dei reati previsti e puniti dagli artt. 317 e 629 del codice penale aggravati ai sensi dell'art. 7 del D.L. n. 152/1991, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 203/1991;

□ pur essendo stati vittime dei reati previsti e puniti dagli artt. 317 e 629 del codice penale aggravati ai sensi dell'art. 7 del D.L. n. 152/1991, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 203/1991, ne hanno denunciato i fatti all'autorità giudiziaria, salvo che ricorrano i casi previsti dall'articolo 4, primo comma, della L. 24.11.1981, n. 689;

m) ***(barrare il quadratino che interessa)***

□ di non trovarsi in alcuna situazione di controllo di cui all'articolo 2359 del Codice Civile con alcun soggetto e di aver formulato l'offerta autonomamente

ovvero

□ di non essere a conoscenza della partecipazione alla medesima procedura di soggetti che si trovano, rispetto al concorrente dichiarante, in una delle situazioni di controllo di cui all'articolo 2359 del codice civile e di aver formulato l'offerta autonomamente;

ovvero

□ di essere a conoscenza della partecipazione alla medesima procedura di soggetti che si trovano, rispetto al concorrente dichiarante, in situazione di controllo di cui all'articolo 2359 del Codice Civile e di aver formulato l'offerta autonomamente;

6. ai sensi dell'art. 53 comma 16-ter del d.lgs. 165/2001 e s.m.i., come introdotto dalla legge 6.11.2012 n. 190, che nei tre anni antecedenti la data di pubblicazione della gara non ha prestato attività lavorativa o professionale presso la propria ditta personale già dipendente della Stazione Appaltante, con poteri autoritativi o negoziali per conto della stessa;

7. che, ai sensi di quanto previsto dall'art. 93, co. 1, d.lgs. 50/2016 **questa Impresa ha corredato la propria offerta con una garanzia "provvisoria"** (garanzia fideiussoria bancaria o assicurativa) **pari al 2% dell'importo a base d'asta**, ovvero in misura ridotta secondo quanto previsto nel d.lgs. 50/2016. In quest'ultimo caso, per avere diritto alla

riduzione dell'importo cauzionale si allega, in conformità alle disposizioni di cui all'art. 93 del d.lgs. n. 50/2016, la seguente certificazione : _____

8. di allegare alla presente, a pena di esclusione (ex art. 93, co. 8 d. lgs. 50/2016) **l'impegno di un fideiussore a rilasciare la garanzia fideiussoria "definitiva"** per l'esecuzione del relativo contratto qualora l'offerente risultasse aggiudicatario, con copia del documento di identità del sottoscrittore;
9. di aver versato il contributo ANAC (di cui si allega copia), qualora lo stesso sia dovuto;
10.di essersi iscritto al sistema AVCPASS-ANAC per la gara in questione ed **a tal fine dichiara che il "PASSOE" rilasciato dal sistema è il seguente: _____**;
11. di aver preso piena conoscenza e di accettare quanto previsto nella lettera di invito e nei relativi allegati;
12. di mantenere valida l'offerta per un tempo non inferiore a 180 giorni dalla data di scadenza prevista nella lettera invito, e di impegnarsi a confermarla per ulteriori 90 giorni qualora nel frattempo non sia intervenuta aggiudicazione;
13. di aver tenuto conto nel formulare l'offerta degli oneri previsti per garantire l'esecuzione del servizio nel pieno rispetto delle norme di sicurezza ed igiene del lavoro, nonché degli obblighi assicurativi e previdenziali previsti dalle leggi e dai contratti ed accordi locali vigenti nel luogo sede dell'appalto;
14. di rispettare per il personale impiegato nell'esecuzione del servizio, la normativa e gli accordi contrattuali vigenti in merito, tra l'altro, al corrispettivo, all'inquadramento, alla responsabilità ed all'assicurazione e previdenza;
15. di essere in regola con gli obblighi contributivi e con gli adempimenti previdenziali, assistenziali ed assicurativi;
16. che la ditta/società applica al personale dipendente **il seguente C.C.N.L.** _____;
17. di considerare il prezzo congruo e remunerativo e tale, quindi, da consentire la propria offerta;

18. ***REQUISITI DI IDONEITÀ PROFESSIONALE (art. 83, co. 1 lett.. a) d. lgs. 50/2016):***

che l'Impresa è iscritta al Registro delle Imprese (dichiarazione sostitutiva laddove non sia tenuta a tale iscrizione) per attività adeguata a quella oggetto dell'appalto.

19. ***REQUISITI DI CAPACITÀ ECONOMICO-FINANZIARIA (art. 83, co. 1 lett. b) e Allegato VXII "Mezzi di prova dei criteri di selezione) d. lgs. 50/2016):***

a) SI ALLEGANO "idonee dichiarazioni di almeno due istituti bancari o intermediari autorizzati, in originale ed intestate alla Stazione Appaltante";

b) si dichiara che il fatturato globale dell'impresa negli ultimi tre esercizi è pari a:

anno_____/ fatturato globale_____
anno_____ /fatturato globale _____
anno_____ /fatturato globale_____

c) che la ditta /società, sempre ai fini del possesso del requisito di capacità economico finanziaria di cui all'art. 83 del d.lgs. n. 80/2016, dichiara, a tal fine, di avere un **fatturato minimo annuo di Euro: (_____);**

20. ***REQUISITI DI CAPACITÀ TECNICA E PROFESSIONALE*** *(art. 83, co. 1 lett. c) e Allegato VXII "Mezzi di prova dei criteri di selezione) d. lgs. 50/2016) :*

che la ditta/società è in possesso del **requisito di capacità tecnica professionale** di cui all'art. 83 del d.lgs. n. 80/2016, ossia di aver svolto servizi della stessa tipologia oggetto dell'appalto.

Dichiara, qui di seguito (**ovvero in allegato alla presente autodichiarazione**), **l'elenco dei principali servizi prestati negli ultimi tre anni, con l'indicazione degli importi, delle date e dei destinatari, pubblici o privati, dei servizi o forniture stessi :**

-

-

-

-

-

-

-

22. di obbligarsi alle disposizioni sulla **tracciabilità dei flussi finanziari**, di cui alla legge 10 agosto 2010, n. 136;

Il/La Dichiarante

Data _____

_____

(Timbro e sottoscrizione in originale)

*** Allegare documento di identità in corso di validità del dichiarante**

Le stazioni appaltanti escludono un operatore economico in qualunque momento della procedura, qualora risulti che l'operatore economico si trova, a causa di atti compiuti o omessi prima o nel corso della procedura, in una delle situazioni di cui ai punti precedenti.

In caso di presentazione di falsa dichiarazione o falsa documentazione, nelle procedure di gara e negli affidamenti di subappalto, la stazione appaltante ne dà segnalazione all'Autorità che, se ritiene che siano state rese con dolo o colpa grave in considerazione della rilevanza o della gravità dei fatti oggetto della falsa dichiarazione o della presentazione di falsa documentazione, dispone l'iscrizione nel casellario informatico ai fini dell'esclusione dalle procedure di gara e dagli affidamenti di subappalto ai sensi del comma 1 fino a due anni, decorso il quale l'iscrizione è cancellata e perde comunque efficacia.

Non possono essere affidatari di subappalti e non possono stipulare i relativi contratti i soggetti per i quali ricorrano i motivi di esclusione sopra previsti.

INFORMATIVA DI CUI ALL'ART. 13 D.Lgs. 196/03 e ss.mm.ii.

Si informa il sottoscrittore della dichiarazione che:

a) I dati da lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria relativa alla stipula del contratto e per le finalità strettamente connesse allo stesso

b) Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei che su supporti informatici a disposizione degli uffici

c) I dati non verranno comunicati a terzi salvo verifiche ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000

d) Il conferimento dei dati è obbligatorio

e) Il sottoscrittore può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati rivolgendosi al responsabile suindicato

---

Funz estensore dott. Fabrizio Canino – UAG - 15.02.2017