



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

Numero di gara: 5064740

**PROCEDURA APERTA AI SENSI DEL D.LGS. N. 163/2006 PER L’AFFIDAMENTO
DEI SERVIZI ASSICURATIVI DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER IL
PERSONALE DIPENDENTE NON DIRIGENTE DI IPZS**

CIG 5168459B48

ALLEGATO A – CAPITOLATO TECNICO



ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.P.A.

SOCIETÀ PER AZIONI CON UNICO SOCIO - CAPITALE SOCIALE € 340.000.000 I.V.

PARTITA IVA N. 00880711007 - CODICE FISCALE E R.I. 00399810589 - R.E.A. 86629

SEDE LEGALE: VIA SALARIA, 1027 - 00138 ROMA - TEL. 06 85081 - FAX 06 85082517/06 85082626 - N. VERDE 800864035

www.ipzs.it



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

1	Definizioni e acronimi	5
2	Caratteristiche dell'appalto	7
2.1	Oggetto dell'appalto	7
2.2	PERSONE ASSICURATE.....	7
2.3	Durata dell'appalto	7
2.4	DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	8
2.5	INCLUSIONI/ESCLUSIONI.....	8
2.5.1	INSERIMENTO DI NUOVI DIPENDENTI IN DATA SUCCESSIVA ALL'EFFETTO DI POLIZZA.	8
2.5.2	CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO	8
2.5.3	PROMOZIONI A DIRIGENTE.....	8
3	DESCRIZIONE DEL SERVIZIO ASSICURATIVO	8
3.1	STRUTTURE SANITARIE DI RIFERIMENTO PER LE PRESTAZIONI	8
3.2	RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA	9
3.3	NEONATI	10
3.4	TRASPORTO SANITARIO	10
3.5	DAY-HOSPITAL.....	10
3.6	INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE.....	11
3.7	TRAPIANTI.....	11
3.8	PARTO E ABORTO	11
3.8.1	PARTO CESAREO.....	11
3.8.2	PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO	11
3.9	RIMPATRIO DELLA SALMA	12
3.10	INDENNITA' SOSTITUTIVA.....	12
3.11	MASSIMALE AREA RICOVERO	12
3.12	ALTA SPECIALIZZAZIONE E CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	12
3.12.1	CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	14
3.13	VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.....	14
3.13.1	VISITE SPECIALISTICHE.....	14



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

3.13.2	ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	15
3.13.3	PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI.....	15
3.14	PROTESI ORTOPEDICHE	16
3.15	DIAGNOSI COMPARATIVA.....	16
4	SERVIZI DI CONSULENZA E DI ASSISTENZA - Centrale Operativa	17
5	LIMITAZIONI	20
5.1	ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE	20
5.2	LIMITI DI ETÀ.....	20
6	OPZIONE DI POLIZZA PER "FAMILIARI"	21
6.1	MASSIMALI DI GARANZIA E MASSIMALI AGGREGATI.....	21
6.2	PREMIO PER I FAMILIARI.....	22
6.3	CONDIZIONI PARTICOLARI	22
6.4	LIMITI DI ETÀ.....	23
7	DESCRIZIONE REQUISITI/SERVIZI MIGLIORATIVI	24
7.1	REQUISITI.....	24
7.2	SERVIZI MIGLIORATIVI.....	24
8	DIMENSIONAMENTO.....	25
9	MODALITA' DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO	29
9.1	MODALITA' EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	29
9.2	PROSECUZIONE DELLA GARANZIA OLTRE LA SCADENZA	29
10	MODALITA' DI APERTURA E GESTIONE DEI SINISTRI	30
10.1	DENUNCIA DEL SINISTRO.....	30
10.1.1	SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA COMPAGNIA AGGIUDICATARIA	30
10.1.2	SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA COMPAGNIA AGGIUDICATARIA	31
10.1.3	SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	31
10.2	GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	31
10.3	LIQUIDAZIONE SINISTRI	32
10.4	CONTROVERSIE.....	32



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

10.5 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA	32
11 PENALI.....	33
ALLEGATI	34



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

1 Definizioni e acronimi

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

Assicurato Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione

Assicurazione Il contratto di Assicurazione sottoscritto dal Contraente

Azienda L'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato SpA (di seguito anche IPZS)

CASSA Contraente La CASSA di Assistenza che stipula la Polizza di Assicurazione

Centrale Diagnosi L'Organizzazione propria o esterna che per conto della Compagnia Aggiudicataria fornisce i "servizi di diagnosi comparativa"

Centrale Operativa L'Organizzazione propria o esterna che per conto della Compagnia Aggiudicataria fornisce i "servizi di consulenza ed assistenza"

Compagnia Compagnia Assicuratrice

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.

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

Dipendente Il soggetto, dipendente non dirigente di IPZS, assunto con contratto a tempo indeterminato oppure determinato di durata superiore a 6 mesi, nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione

Familiari I figli risultanti dallo stato di famiglia, i figli non conviventi purché fiscalmente a carico, il coniuge o il convivente "more uxorio" del dipendente IPZS, nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione

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

Indennità sostitutiva Importo giornaliero erogato dalla Compagnia Aggiudicataria in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse

Indennizzo La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro

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



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

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

Nucleo Familiare L'insieme del dipendente e dei propri familiari, entrambi come sopra definiti

Polizza Il documento contrattuale che prova l'Assicurazione

Premio La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia

Retta di degenza Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica

Ricovero La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

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

Sinistro Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa

Struttura sanitaria convenzionata Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Compagnia Aggiudicataria ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

2 Caratteristiche dell'appalto

2.1 Oggetto dell'appalto

I servizi di assicurazione sanitaria richiesti nel seguente appalto dovranno essere operanti in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese, in seguito meglio definite, sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero;
- prestazioni di alta specializzazione e cure dentarie da infortunio;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- protesi ortopediche;
- diagnosi comparativa;
- servizi di consulenza e assistenza.

Tali servizi dovranno valere in tutto il mondo.

2.2 PERSONE ASSICURATE

L'Assicurazione dovrà coprire le prestazioni a favore dei dipendenti non dirigenti in forza presso IPZS dalla data di decorrenza della polizza, assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato di durata superiore a 12 mesi.

Si precisa che a titolo meramente indicativo, il numero dei dipendenti a cui fare riferimento ai fini del presente appalto è di circa 1.769 come dettagliato al paragrafo 8 "DIMENSIONAMENTO" del presente Capitolato. Si precisa altresì che l'età media dei dipendenti del Poligrafico è di circa 49 anni con riferimento al suddetto numero di dipendenti.

IPZS, per l'intera durata della Polizza, si impegna a comunicare alla Cassa contraente:

- a) i dipendenti dimissionari, deceduti o comunque cessati dal servizio;
- b) i neoassunti.

Le comunicazioni relative ai dimissionari o alle nomine a dirigente del dipendente verranno fornite mensilmente alla Cassa entro il 15 del mese successivo a quello dell'avvenuta modifica.

Le comunicazioni relative ai neoassunti sono disciplinate al successivo paragrafo 2.5 "INCLUSIONI/ESCLUSIONI".

2.3 Durata dell'appalto

L'appalto ha la durata di complessivi 24 (ventiquattro) mesi con presumibile inizio alle ore 00.00 del 01.01.2014 e comunque secondo i tempi di aggiudicazione della presente gara.

IPZS si riserva di ricorrere all'affidamento di attività consistenti nella ripetizione di servizi analoghi già affidati per una durata ulteriore pari al massimo a 12 (dodici) mesi.

Le Parti entro la data del 31/03/2015 possono comunicare la propria volontà di non procedere all'estensione della polizza per il periodo 31/12/2015-31/12/2016.



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

2.4 DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La garanzia per i dipendenti avrà effetto dalle ore 00.00 del 01.01.2014 fino alle ore 24:00 del 31.12.2015 (in caso di stipula della polizza entro il 01.01.2014). IPZS si impegna a trasmettere l'elenco dei dipendenti assicurati, contenente nome, cognome e codice fiscale di ciascun dipendente.

2.5 INCLUSIONI/ESCLUSIONI

L'inserimento di nuovi assicurati ovvero le variazioni di stato di dipendente non dirigente di IPZS, all'interno della presente polizza, sono regolate dai punti di seguito indicati.

2.5.1 INSERIMENTO DI NUOVI DIPENDENTI IN DATA SUCCESSIVA ALL'EFFETTO DI POLIZZA.

Nel caso di nuove assunzioni, la garanzia per il dipendente dovrà decorrere dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Cassa Contraente entro 30 giorni; qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Cassa Contraente.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantacinquesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

Ferma restando la data di effetto per ciascuna inclusione, tali inclusioni saranno oggetto di un apposito atto di variazione contrattuale emesso trimestralmente.

2.5.2 CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente dovrà essere mantenuto nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

2.5.3 PROMOZIONI A DIRIGENTE

Nel caso di promozione, la copertura per il nuovo dirigente dovrà essere mantenuta nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

3 DESCRIZIONE DEL SERVIZIO ASSICURATIVO

3.1 STRUTTURE SANITARIE DI RIFERIMENTO PER LE PRESTAZIONI

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato potrà rivolgersi, con le modalità riportate al paragrafo 10 "MODALITA' DI APERTURA E GESTIONE DEI SINISTRI", a:

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



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

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

Il presente appalto prevede anche l'opzione "FAMILIARI" a carico dei dipendenti come specificato al paragrafo 6 del presente capitolato.

IPZS con il presente appalto intende avvalersi di una CASSA di assistenza quale contraente della polizza assicurativa di cui all'oggetto dell'appalto stesso.

3.2 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La Compagnia Aggiudicataria dovrà provvedere al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- a) *Pre-ricovero* – Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati almeno nei (120) 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; 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 (anche omeopatici), esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Dovranno rientrare in garanzia le spese per apparecchi protesici e sanitari, carrozzelle ortopediche, nonché i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
- d) *Retta di degenza* – Potranno non essere comprese le spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono, giornali etc.
- e) *Accompagnatore* – Dovranno essere comprese le spese per retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Compagnia Aggiudicataria, la garanzia dovrà esser prestata nel limite di almeno € 80,00 al giorno per un massimo di almeno 30 giorni per ricovero.
- f) *Assistenza infermieristica privata individuale* – Sono comprese le spese per assistenza infermieristica privata individuale rimborsate nel limite di almeno € 55,00 al giorno per un massimo di almeno 30 giorni per ricovero, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.
- g) *Post ricovero* – Esami e accertamenti diagnostici, medicinali (anche omeopatici), prestazioni mediche e chirurgiche, infermieristiche trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati almeno nei (120) giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Dovranno essere compresi in garanzia i medicinali (anche omeopatici) prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia Aggiudicataria alle strutture stesse ad eccezione di una franchigia di € 1.500,00 per ogni ricovero, che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura stessa, ad eccezione della garanzia "Assistenza infermieristica privata individuale" sopra riportata.



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, la franchigia viene ridotta al massimo ad € 500,00.

In caso di ricovero in strutture non convenzionate, le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota massima del 20% a carico dell'Assicurato, con il minimo non indennizzabile al massimo pari a € 1.700,00 ed un massimo non indennizzabile al massimo pari a € 10.000,00, ad eccezione delle garanzie "Accompagnatore" ed "Assistenza infermieristica privata individuale" sopra riportate.

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, fermo restando lo scoperto massimo del 20%, il minimo non indennizzabile viene ridotto al massimo ad € 700,00.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero sono rimborsate dalla Compagnia Aggiudicataria con l'applicazione dello scoperto o del minimo/massimo non indennizzabile previsti per il ricovero in strutture non convenzionate.

Qualora il ricovero avvenga in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia Aggiudicataria rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari rimasti a carico dell'Assicurato. In questo caso, però, l'assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva di cui al paragrafo 3.10.

3.3 NEONATI

La Compagnia Aggiudicataria si impegna al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati ai neonati, compresi quelli di plastica ricostruttiva e resi necessari da malformazioni accertate al momento della nascita.

La presente garanzia dovrà esser data in automatico per un periodo di almeno 45 giorni post nascita; sempreché l'inclusione del neonato avvenga entro quel periodo secondo le modalità indicate nel paragrafo 6 – OPZIONE DI POLIZZA PER "FAMILIARI".

3.4 TRASPORTO SANITARIO

La Compagnia Aggiudicataria dovrà rimborsare le 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 almeno € 1.500,00 per ricovero.

3.5 DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital, la Compagnia Aggiudicataria si impegnerà a provvedere al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai paragrafi 3.2 "RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA" e 3.4 "TRASPORTO SANITARIO" almeno nei limiti in essi indicati.

La garanzia potrà non essere operante per le visite specialistiche, gli esami e gli accertamenti effettuati a soli fini diagnostici. Tale esclusione non si applica, tuttavia, per i ricoveri in day-hospital quando gli accertamenti o le visite effettuate a soli fini diagnostici, nel loro complesso e tra loro correlate, necessitano del ricovero in regime di day-hospital per specifiche condizioni cliniche del paziente, o per motivazioni tecnicamente legate alla natura dell'accertamento.



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

3.6 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Compagnia Aggiudicataria dovrà provvedere al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai paragrafi 3.2 “RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA”, lett. a) “Pre-ricovero”, b) “Intervento chirurgico, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, g) “Post-ricovero” e 3.4 “TRASPORTO SANITARIO” almeno nei limiti in essi indicati.

3.7 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o a infortunio, la Compagnia Aggiudicataria dovrà liquidare le spese previste ai paragrafi 3.2 “RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA” e 3.4 “TRASPORTO SANITARIO” almeno nei limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell’organo.

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

3.8 PARTO E ABORTO

3.8.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Compagnia Aggiudicataria, questa dovrà provvedere al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 3.2 “RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA”, lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) “Accompagnatore; g) “Post-ricovero”, e 3.4 “TRASPORTO SANITARIO” almeno nei limiti in essi indicati.

La garanzia dovrà prestarsi almeno fino a € 7.150,00 per anno assicurativo, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non dovranno essere operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

3.8.2 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 Compagnia Aggiudicataria, questa dovrà provvedere al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 3.2 “RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA”, lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza” e 3.4 “TRASPORTO SANITARIO” almeno nei limiti in essi indicati; relativamente alle prestazioni “post-ricovero” dovranno venir garantite almeno due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti ai punti 3.2 – RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, lettera g) “Post-ricovero”.

La garanzia dovrà esser prestata almeno fino a € 2.200,00 per anno assicurativo, 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 “Trasporto sanitario”.



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

3.9 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Compagnia Aggiudicataria si impegna a rimborsare le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di almeno € 2.000,00 per anno assicurativo.

3.10 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Compagnia Aggiudicataria (anche per il tramite della Cassa Contraente), né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero fino ad un massimo di 60 giorni per anno; tale indennità verrà corrisposta a partire dal 5° giorno in caso di ricovero senza intervento chirurgico. Tale franchigia non potrà essere applicata per i ricoveri in day hospital nei quali l'assicurato effettui radioterapia, chemioterapia, cobaltoterapia, dialisi.

Nel caso il ricovero sia effettuato in un reparto di terapia intensiva, l'indennità si intenderà raddoppiata per il relativo periodo di degenza all'interno del reparto di terapia intensiva. In caso di day-hospital l'Assicurato avrà diritto ad un'indennità di almeno € 40,00 fino ad un massimo di 60 giorni per anno.

3.11 MASSIMALE AREA RICOVERO

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni dell'area ricovero (paragrafi dal 3.2 al 3.10 precedenti) corrisponde almeno ad € 170.500,00 per nucleo familiare.

3.12 ALTA SPECIALIZZAZIONE E CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Compagnia Aggiudicataria dovrà provvedere al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

- ALTA DIAGNOSTICA RADIOLOGIA (esami stratigrafici e contrastografici)
 - Amniocentesi (la prestazione è finalizzata ad evidenziare eventuali malformazioni del feto in presenza di situazioni ereditarie o di un'età della gestante superiore ai 35 anni)
 - Angiografia
 - Artrografia
 - Broncografia
 - Cisternografia
 - Cistografia
 - Clisma opaco
 - Colangiografia intravenosa
 - Colangiografia percutanea (PTC)
 - Colangiografia trans Kehr
 - Colecistografia
 - Dacriocistografia
 - Defecografia
 - Discografia
 - Fistelografia
 - Flebografia
 - Fluorangiografia



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

- Galattografia
- Gastroscopia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia o Mammografia digitale
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- 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
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunngrafia
- CHEMIOTERAPIA
- COBALTOTERAPIA
- DIALISI
- DOPPLER
- ECOCARDIOGRAFIA
- ECOCOLORDOPPLER
- ECOGRAFIA
- ECOTOMOGRAMMA
- ELETTROENCEFALOGRAMMA
- ELETTROMIOGRAFIA
- HOLTER
- LASERTERAPIA A SCOPO FISIOTERAPICO
- PET
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (inclusa angio RMN)
- SCINTIGRAFIA
- TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC) (anche virtuale)

La garanzia del presente punto “Alta Specializzazione” dovrà esser prestata fino ad un massimo di almeno € 8.250,00 per anno assicurativo.

Per l’attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica o la certificazione dello specialista che ha effettuato la prestazione, contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Compagnia Aggiudicataria, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato dovranno esser liquidate direttamente dalla Compagnia Aggiudicataria alle strutture medesime ad eccezione di una franchigia di € 40,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura stessa.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Compagnia Aggiudicataria, le spese sostenute dovranno esser rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 15% come valore massimo con il minimo non indennizzabile di massimo € 50,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia Aggiudicataria si impegna a rimborsare integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

3.12.1 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Dovranno essere comprese in garanzia le cure dentarie e paradentarie rese necessarie da infortunio occorso durante l'operatività del contratto, purché certificato mediante la presentazione di certificato di pronto soccorso.

La presente garanzia potrà esser prestata con un sottolimito del massimale delle garanzie "Alta Specializzazione"; tale sottolimito corrisponde almeno a € 1.000,00 per anno assicurativo, ferme restando le modalità di liquidazione sopraindicate e quanto stabilito al paragrafo 6.1 – "MASSIMALI DI GARANZIA E MASSIMALI AGGREGATI".

3.13 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Compagnia Aggiudicataria dovrà provvedere al pagamento delle spese per *visite specialistiche e per accertamenti diagnostici* conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite pediatriche se non specialistiche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici, ad eccezione di quanto riportato al paragrafo 3.13.3 – PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica la certificazione dello specialista che ha effettuato la prestazione, 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.

Il massimale annuo assicurato per l'insieme delle prestazioni qui previste dovrà corrispondere almeno a € 1.155,00 fermo restando quanto stabilito al paragrafo 6.1 – "MASSIMALI DI GARANZIA E MASSIMALI AGGREGATI".

3.13.1 VISITE SPECIALISTICHE

Nel caso di visite specialistiche presso strutture sanitarie e personale convenzionato con la Compagnia Aggiudicataria, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato verranno liquidate direttamente dalla



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

Compagnia Aggiudicataria alle strutture medesime ad eccezione di una franchigia di € 40,00 per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura stessa.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Compagnia Aggiudicataria, le spese sostenute verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% come valore massimo e con il minimo non indennizzabile di massimo € 60,00 per ogni visita specialistica.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia Aggiudicataria dovrà rimborsare integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

3.13.2 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Nel caso di accertamenti diagnostici presso strutture sanitarie e personale convenzionato con la Compagnia Aggiudicataria, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato dovranno esser liquidate direttamente dalla Compagnia Aggiudicataria alle strutture medesime ad eccezione di una franchigia di € 40,00 per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura stessa.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Compagnia Aggiudicataria, le spese sostenute verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% come valore massimo e con il minimo non indennizzabile di massimo € 50,00 per ogni accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia Aggiudicataria dovrà rimborsare integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

3.13.3 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

La compagnia Aggiudicataria provvederà, per ciascun Assicurato, al pagamento di un sinistro costituito da una visita specialistica e da una seduta di igiene orale professionale all'anno in strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia ed indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni devono essere effettuate in unica soluzione e comprendono:

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale; la Compagnia provvederà al pagamento della prestazione fino ad un massimo di € 60,00;
- 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 Compagnia, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Compagnia provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

3.14 PROTESI ORTOPEDICHE

La Compagnia Aggiudicataria rimborserà le spese per le protesi ortopediche, necessarie a seguito di malattia o infortunio occorso durante l'operatività del contratto, nel limite di almeno € 1.155,00 per anno assicurativo, fermo restando quanto stabilito al paragrafo 6.1 – “MASSIMALI DI GARANZIA E MASSIMALI AGGREGATI”.

3.15 DIAGNOSI COMPARATIVA

Qualora l'assicurato avverta l'esigenza di sottoporre i responsi ricevuti dai sanitari curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, all'autorevole verifica da parte dei migliori esperti delle diverse discipline specialistiche, potrà contattare direttamente una Centrale Operativa della Compagnia Aggiudicataria. In tal modo l'Assicurato potrà essere informato tempestivamente della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita.

La Compagnia, tramite un servizio connesso ad una “Centrale Diagnosi” o servizio equivalente, dovrà mettere a disposizione dell'assicurato i seguenti servizi:

1. *Consulenza Interna*: un servizio che permetta il rilascio di un referto scritto, sulla base dell'analisi dei referti medici dell'assicurato, dell'esame da parte dei medici associati, dei principali risultati diagnostici presentati e dell'analisi e i consigli di un medico specialista le cui caratteristiche risultano essere appropriate al caso. La relazione scritta includerà un sunto delle informazioni riguardanti il medico interpellato sul caso, comprendente la specializzazione, la formazione e l'esperienza maturata.
2. *Consulenza di specialisti*: un servizio che metterà in contatto l'assicurato con almeno tre specialisti scelti tra i migliori nel trattamento di quella particolare malattia. Con il servizio di “Centrale Diagnosi” o equivalente verranno identificati gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'assicurato.
3. *Supporto*: dovrà esser garantito un servizio per prendere tutti gli appuntamenti e gli accordi per l'accettazione, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza, e fornire un servizio clienti 24 ore su 24 per i pazienti.

Attraverso il servizio di ‘Centrale Diagnosi’ si beneficerà inoltre della supervisione del pagamento delle richieste mediche di risarcimento e della garanzia che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi.

Il complesso delle prestazioni suindicate dovrà esser fornito almeno per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, il cliente dovrà inviare alla Compagnia Aggiudicataria la documentazione clinica in suo possesso richiesta dal medico. Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Compagnia Aggiudicataria, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

4 SERVIZI DI CONSULENZA E DI ASSISTENZA - Centrale Operativa

In Italia:

I seguenti servizi di consulenza dovranno venir forniti dalla Centrale Operativa, chiamando un numero verde attivo almeno dal lunedì al venerdì per almeno undici ore al giorno in una fascia oraria compresa almeno tra le ore 8:00 e le ore 20:00, e dall'estero chiamando un numero dedicato; la Centrale Operativa dovrà fornire almeno:

- Informazioni sanitarie telefoniche* 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.
- Prenotazione di prestazioni sanitarie:* La Centrale Operativa dovrà fornire un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia Aggiudicataria.

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza dovranno esser forniti dalla Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore.

- Pareri medici immediati:* Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa dovrà fornire tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.
- Invio di un medico:* Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 ore nei giorni festivi e non riesce a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, dovrà provvedere ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa dovrà organizzare, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

- e) *Rientro dal ricovero di primo soccorso:* Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa dovrà inviare direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di almeno 300 km per evento.
- f) *Trasferimento in centro medico specializzato:* Qualora l'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa si impegna ad organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni almeno tra quelli sottoelencati:
- aereo sanitario;
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
 - treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
 - autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto dovrà essere interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa. Il trasferimento nei paesi extraeuropei potrà esser effettuato anche solamente su aerei di linea, classe economica.

La prestazione potrà non esser fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

All'estero

La Compagnia Aggiudicataria, tramite la Centrale Operativa, dovrà prestare per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi, con le modalità proprie della Compagnia Aggiudicataria.

- g) *Viaggio di un familiare all'estero:* Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore ad almeno 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, dovrà mettere a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si impegna ad accollarsi le spese di soggiorno almeno pari a € 300,00 per sinistro.
- h) *Invio di medicinali urgenti all'estero:* Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa si impegna a provvedere ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative. Potrà rimanere a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.
- i) *Rimpatrio sanitario:* Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla propria residenza, la Centrale Operativa dovrà provvedere ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato almeno tra quelli sottoelencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe e, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei potrà esser effettuato su aerei di linea, in classe economica.

Il trasporto dovrà essere interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione potrà non essere fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, potrà avere la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

5 LIMITAZIONI

5.1 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione potrà non essere operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipula del contratto. In caso di intervento di correzione della miopia, 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, ad eccezione di quanto previsto al punto 3.12.1 – CURE DENTARIE DA INFORTUNIO e 3.13.3 – PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI;
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. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza (si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento);
7. gli interventi per sostituzione di protesi di qualunque tipo preesistenti alla stipulazione del contratto;
8. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
9. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
10. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
11. 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;
12. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

5.2 LIMITI DI ETÀ

L'Assicurazione potrà essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento almeno del 75° anno di età del dipendente, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età.



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

6 OPZIONE DI POLIZZA PER “FAMILIARI”

Nel presente appalto è richiesto che le garanzie di polizza siano estese ai “familiari”, composti dai figli risultanti da stato di famiglia e il coniuge o il convivente “more uxorio” del dipendente assicurato. Si intendono altresì assicurati i figli non conviventi purché fiscalmente a carico. In tal caso il dipendente su base volontaria effettuerà la richiesta di estensione dell’assicurazione ai propri familiari e verserà il premio stabilito al successivo paragrafo 6.2.

L’opzione per i familiari sarà attivata solo nel caso in cui venga raggiunta la percentuale minima proposta nell’offerta tecnica, comunque non superiore al 15% del numero dei dipendenti assicurati IPZS.

Le prestazioni garantite ai familiari e le condizioni di polizza saranno le medesime di quelle previste per il dipendente assicurato, salvo quanto riportato nei paragrafi seguenti.

Per ciascuna annualità le prestazioni saranno garantite per i familiari dei dipendenti, i quali abbiano fatto pervenire ad IPZS entro il 15/12/2013 in caso di attivazione il 01/01/2014, ed entro il 15/12/2014 per il secondo anno ed entro il 15/12/2015 in caso di estensione della polizza per il terzo anno, il “modulo richiesta adesione” contenente nome e cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale e tutti gli altri dati richiesti di tutti i componenti del nucleo familiare con la relativa autorizzazione all’addebito sul cedolino stipendio, nonché il modulo “privacy” regolarmente compilati e firmati dal dipendente richiedente, secondo normativa. Una volta completata la procedura di verifica della documentazione, IPZS provvederà all’addebito del premio sul cedolino del dipendente.

IPZS, al ricevimento della modulistica da parte del dipendente, si impegna a trasmetterla alla CASSA Contraente, apponendo la data di ricevimento ed il timbro per ricevuta, entro la data ultima suindicata ovvero subito dopo la ricezione in tutti i casi di cui al paragrafo 6.3 “CONDIZIONI PARTICOLARI” del presente Capitolato.

6.1 MASSIMALI DI GARANZIA E MASSIMALI AGGREGATI

I familiari assicurati hanno diritto agli stessi limiti di massimale previsti per il dipendente (salvo quanto sotto riportato), per ciascuna garanzia prestata; in ogni caso il massimale previsto per il dipendente è da considerarsi “unico ed aggregato” anche per la prestazione ai familiari, cioè la Compagnia Aggiudicataria non rimborserà somma superiore a quella di tale massimale, anche in caso di più prestazioni erogate all’intero “nucleo familiare” (inteso come l’insieme di dipendente e familiari).

A deroga di quanto sopra, in caso di messa in garanzia dei familiari, il massimale annuo per “nucleo familiare” delle sotto riportate singole garanzie, dovrà essere così elevato:

- Paragrafo 3.12.1 “CURE DENTARIE DA INFORTUNIO”: almeno ad Euro 1.500,00
- Paragrafo 3.13 “VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI”: almeno ad Euro € 1.650,00
- Paragrafo 3.14 “PROTESI ORTOPEDICHE”: almeno ad Euro € 1.650,00



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

6.2 PREMIO PER I FAMILIARI

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, per i familiari, non soggetti a ribasso e comprensivi di tutti gli oneri fiscali previsti dalla normativa vigente, da versarsi in aggiunta al premio relativo al dipendente assicurato, corrispondono agli importi di seguito indicati:

- Coniuge o convivente “more uxorio” € 550,00
- Ogni figlio risultante da stato di famiglia ed i figli non conviventi purché fiscalmente a carico € 450,00

La copertura per i familiari avrà effetto dalle ore 00:00 del 01/01/2014, purché sia stato consegnato il modulo di adesione entro i termini e con le modalità sopra indicate.

6.3 CONDIZIONI PARTICOLARI

1) Inclusione e variazione dei Familiari

I dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, potranno includere i familiari entro la data sopra citata, alle condizioni previste. Oltre detto termine, per ciascuna annualità, fermo restando le modalità di adesione dei familiari di cui al punto 6, potranno essere inseriti esclusivamente i familiari di dipendenti neoassunti, salvo quanto previsto nel punto 3) seguente.

2) Inserimento di familiari di nuovi dipendenti (neoassunti) in data successiva all'effetto di polizza

Nel caso di nuove assunzioni con decorrenza oltre 3 mesi dopo l'inizio della polizza, il dipendente potrà includere i familiari nella copertura solamente all'atto dell'assunzione e non potrà inserirli successivamente, salvo quanto previsto al punto seguente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio ad IPZS dell'apposito modulo di adesione e pagamento del relativo premio, che corrisponderà a tanti trecentosessantacinquesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

3) Deroga al termine per l'inclusione dei familiari

Per tutti i dipendenti in garanzia che non avessero richiesto l'inclusione dei familiari entro i termini sopra esposti, tale inclusione è consentita in un momento successivo al suddetto termine solamente nel caso di acquisizione del carico fiscale di un figlio a seguito di nascita o adozione ovvero acquisizione di coniuge o convivente “more uxorio” a seguito di matrimonio o convivenza; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio ad IPZS dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio, che corrisponderà a tanti trecentosessantacinquesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione sopra esposta sempreché questa venga comunicata ad IPZS entro 30 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione alla (Cassa Contraente) da parte di IPZS.

4) Cessazione del rapporto di lavoro del dipendente



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro del dipendente, gli eventuali familiari assicurati dovranno esser mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva, salvo quanto previsto nel punto 1) precedente.

5) Promozioni a Dirigente del dipendente

Nel caso di promozione del dipendente a Dirigente, gli eventuali familiari assicurati dovranno esser mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva, salvo quanto previsto nel punto 1) precedente.

6) Secondo anno di polizza

Tutti i dipendenti che abbiano esercitato, durante il primo anno di polizza, l'opzione di inclusione dei propri familiari, potranno confermarla per il secondo anno di polizza entro il 15/12/2014 in caso di attivazione il 01/01/2015. Il rinnovo della copertura per i familiari avrà comunque effetto dalle ore 00:00 del 01/01/2015, purché il modulo di adesione venga consegnato ad IPZS entro il suddetto termine e con le stesse modalità del primo anno di polizza; il premio relativo alla seconda annualità di polizza sarà pari al premio riportato al paragrafo 6.2 "PREMIO PER I FAMILIARI" oltre a tutti gli oneri fiscali previsti dalla normativa vigente e sarà versato alla CASSA Contraente da IPZS all'attivazione della suddetta copertura in un'unica soluzione. Fino al termine di conferma sopra indicato non sarà tuttavia possibile usufruire della modalità di erogazione delle prestazioni indicata alla lett. a) del paragrafo 9.1 "MODALITA' EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI"; si potrà invece usufruire delle modalità di erogazione indicate alle lett. b) e c) suddetto paragrafo.

Le prestazioni garantite ai familiari e le condizioni di polizza saranno le medesime di quelle previste per il dipendente assicurato. In caso di ritardo nella stipula della polizza per il secondo anno per cause non imputabili ad IPZS, continueranno a valere le medesime condizioni del primo anno di polizza, fino alla data di stipula della nuova polizza.

La deroga al termine per l'inclusione dei familiari di cui al punto 3) precedente, nel secondo anno di polizza non si applicherà ai dipendenti che abbiano esercitato l'opzione di inclusione nel primo anno ma non l'abbiano confermata entro il termine previsto per il secondo anno.

6.4 LIMITI DI ETÀ

Poiché è stabilito che l'Assicurazione del dipendente può essere stipulata o rinnovata almeno fino al raggiungimento del 75° anno di età del titolare, e poiché cessa la garanzia alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età, per i "familiari" l'Assicurazione dovrà cessare nel medesimo momento in cui termina la garanzia per il titolare dipendente.

Qualora, invece, un componente dei "familiari" raggiunga il 75° anno di età, l'Assicurazione dovrà cessare alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

7 DESCRIZIONE REQUISITI/SERVIZI MIGLIORATIVI

7.1 REQUISITI

La Compagnia Aggiudicataria deve possedere una Rete Convenzionata di ospedali e cliniche, Istituti di cura nonché di poliambulatori, centri odontoiatrici e fisioterapici, distribuiti su tutto il territorio nazionale ed estero.

In particolare è richiesto, nell'ambito della rete nazionale, un numero minimo di **28** strutture convenzionate distribuite nella **Regione Lazio**, di cui:

- almeno 20 tra ospedali e Istituti di cura,
- almeno 5 poliambulatori (non inclusi tra i precedenti ospedali e Istituti di cura),
- almeno 3 tra centri odontoiatrici e fisioterapici (non inclusi tra i precedenti ospedali, Istituti di cura e poliambulatori);

il numero di strutture disponibili nel comune di Roma dovrà essere pari almeno al 70% del numero totale di strutture disponibili nella Regione Lazio;

è richiesto, inoltre, un numero minimo di **8** strutture convenzionate nella **Regione Puglia**, di cui:

- almeno 5 tra ospedali e Istituti di cura,
- almeno 3 poliambulatori (non inclusi tra i precedenti ospedali e Istituti di cura);

è richiesto, inoltre, un numero minimo di **5** strutture convenzionate nelle **Regioni Valle d'Aosta e Piemonte**, di cui:

- almeno 3 tra ospedali e Istituti di cura,
- almeno 2 poliambulatori (non inclusi tra i precedenti ospedali e Istituti di cura).

7.2 SERVIZI MIGLIORATIVI

Qualora la Compagnia aggiudicataria abbia proposto in sede di offerta servizi o parametri della polizza sanitaria migliorativi rispetto a quanto riportato nel presente capitolato, tali servizi o parametri devono essere considerati parte integrante del presente appalto, senza alcun indennizzo od onere da parte di IPZS.



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

8 DIMENSIONAMENTO

Il numero di dipendenti non dirigenti di IPZS è, a titolo indicativo, pari a 1.769 persone, così suddivisi per classi di età e sesso:

Classi di età	Femmine	Maschi	Totale Complessivo
20-29	15	124	139
30-39	87	121	208
40-49	81	244	325
50-59	263	646	909
60-69	21	167	188
TOTALE	467	1302	1.769

Da tale analisi si deduce che l'età media dei dipendenti del Poligrafico è di circa 49 anni con riferimento al suddetto numero di dipendenti, tendendo conto che tali numeri non includono il personale molto giovane attualmente assunto a tempo determinato.

A titolo indicativo si precisa che i potenziali nuclei aderenti alla Polizza sanitaria sono attualmente composti da circa di 2,37 persone incluso il dipendente e la numerosità dei nuclei stessi è indicativamente la seguente:

Numerosità dei nuclei familiari	Totale dei nuclei
1	480
2	545
3	419
4	274
5	46
6	3
7	1
8	1
TOTALE	1.769

Le prestazioni richieste dai dipendenti IPZS nell'arco temporale gennaio 2011 – giugno 2013 sono indicativamente le seguenti:

SINISTRI DAL 01/01/2011 AL 31/12/2011 (base annua)

Tipologia di sinistro	Num. Sinistri in Rete	Num. Sinistri fuori Rete	Num. Sinistri SSN	Totale
ALTA SPECIALIZZAZIONE	671	62	33	766
CURE DENTARIE DA	-	3	-	3

Affidamento dei servizi assicurativi di assistenza sanitaria integrativa per il personale dipendente non dirigente di IPZS – Capitolato Tecnico



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

INFORTUNIO				
INDENNITA' SOSTITUTIVA DH CHIRURGICO	-	-	5	5
INDENNITA' SOSTITUTIVA DH MEDICO	-	-	5	5
INDENNITA' SOSTITUTIVA RIC CHIRURGICO	-	-	51	51
INDENNITA' SOSTITUTIVA RIC MEDICO	-	-	14	14
INDENNITA' SOSTITUTIVA RIC TERAPIA INT.	-	-	6	6
INTERVENTO CHIRURGICO AMBUL.	45	17	4	66
MODULO NON ATTRIBUITO	-	-	1	1
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI	108	-	-	108
RIC. CHIR (NO CESAREO)	83	7	1	91
RIC. MEDICO NON PARTO NON C.	4	-	-	4
RICNO:PART/AB STR FKGIATE	8	-	-	8
VISITE ED ACCERTAMENTI	4.061	451	620	5.132
TOTALE	4.980	540	740	6.260
Premi di competenza				1.273.147
S/P				94%

SINISTRI DAL 01/01/2012 AL 31/12/2012 (base annua) con stima di chiusura

Tipologia di sinistro	Num. Sinistri in Rete	Num. Sinistri fuori Rete	Num. Sinistri SSN	Totale
ALTA SPECIALIZZAZIONE	794	88	29	911
CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	1	2	-	3
INDENNITA' SOSTITUTIVA DH CHIRURGICO	-	-	6	6
INDENNITA' SOSTITUTIVA DH MEDICO	-	-	6	6
INDENNITA' SOSTITUTIVA RIC CHIRURGICO	-	-	46	46
INDENNITA' SOSTITUTIVA	-	-	18	18



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

RIC MEDICO				
INDENNITA' SOSTITUTIVA RIC TERAPIA INT.	-	-	5	5
INTERVENTO CHIRURGICO AMBUL.	38	14	15	67
MODULO NON ATTRIBUITO	-	-	3	3
PARTO CESAREO	1	1	-	2
PARTO NON CESAREO/ABORTO	-	-	1	1
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI	180	-	-	180
RIC. CHIR (NO CESAREO)	66	11	1	78
RIC. MEDICO NON PARTO NON C.	3	-	-	3
RICNO:PART/AB STR FKGIATE	13	-	-	13
VISITE ED ACCERTAMENTI	4.733	457	659	5.849
TOTALE	5.829	573	789	7.191
Premi di competenza				1.320.405
S/P				96%
S/P stima di chiusura				99%

SINISTRI DAL 01/01/2013 AL 30/06/2013

Tipologia di sinistro	Num. Sinistri in Rete	Num. Sinistri fuori Rete	Num. Sinistri SSN	Totale
ALTA SPECIALIZZAZIONE	426	37	7	470
INDENNITA' SOSTITUTIVA RIC CHIRURGICO	-	-	11	11
INDENNITA' SOSTITUTIVA RIC MEDICO	-	-	5	5
INDENNITA' SOSTITUTIVA DH CHIRURGICO	-	-	2	2
INDENNITA' SOSTITUTIVA DH MEDICO	-	-	1	1
INTERVENTO CHIRURGICO AMBUL.	26	5	8	39



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

MODULO NON ATTRIBUITO	-	4	3	7
PARTO CESAREO	-	1	-	1
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI	92	-	-	92
RIC. CHIR (NO CESAREO)	32	1	-	33
RICNO:PART/AB STR FKGIATE	2	-	-	2
VISITE ED ACCERTAMENTI	2.457	156	184	2.797
TOTALE	3.035	204	221	3.460
Premi di competenza				644.382
S/P				89%



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

9 MODALITA' DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO

9.1 MODALITA' EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) *Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Compagnia Aggiudicataria ed effettuate da medici convenzionati.* In questo caso le spese relative ai servizi erogati dovranno essere liquidate direttamente dalla Compagnia Aggiudicataria alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

- punto 3.2 “RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA”, lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;
- punto 3.4 “TRASPORTO SANITARIO”;
- punto 3.9 “RIMPATRIO DELLA SALMA”;

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

b) *Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Compagnia Aggiudicataria.* In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate verranno rimborsate all'Assicurato nei limiti e secondo gli scoperti e le franchigie previsti per ciascuna prestazione.

c) *Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale.* Nel caso di prestazioni effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., dovrà essere attivata la garanzia prevista al punto 3.10 “INDENNITA' SOSTITUTIVA”.

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Compagnia Aggiudicataria 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 dovranno essere rimborsate secondo quanto indicato alla lett. a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Compagnia Aggiudicataria ed effettuate da medici convenzionati” se la struttura pubblica ed il medico sono convenzionati con la Compagnia Aggiudicataria o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Compagnia Aggiudicataria” se la struttura pubblica o il medico non sono convenzionati con la Compagnia Aggiudicataria.

9.2 PROSECUZIONE DELLA GARANZIA OLTRE LA SCADENZA

Qualora il ricovero abbia inizio entro la data di scadenza del contratto, la garanzia dovrà operare anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione stessa sino a quando l'Assicurato venga dimesso dall'Istituto di cura.



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

10 MODALITA' DI APERTURA E GESTIONE DEI SINISTRI

10.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso potrà preventivamente contattare la Centrale Operativa e specificare la prestazione richiesta.

Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa 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 alla Centrale Operativa, le spese dovranno essere liquidate secondo quanto indicato ai paragrafi successivi 10.1.1, 10.1.2 e 10.1.3.

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Compagnia Aggiudicataria senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute dovranno essere rimborsate con le modalità indicate ai punti: 10.1.2 "SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA COMPAGNIA AGGIUDICATARIA" e 9.1 "MODALITA' EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Compagnia Aggiudicataria".

10.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA COMPAGNIA AGGIUDICATARIA

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

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

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

La Compagnia Aggiudicataria provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Compagnia Aggiudicataria 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 punti: 10.1.2 "SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA COMPAGNIA AGGIUDICATARIA" o 10.1.3 "SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

10.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA COMPAGNIA AGGIUDICATARIA

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato dovrà inviare direttamente alla sede della Compagnia Aggiudicataria (anche per il tramite della Cassa Contraente) la documentazione necessaria: modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero o dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato dovrà consentire eventuali controlli medici disposti dalla Compagnia Aggiudicataria e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato, ai fini esclusivamente connessi al servizio di cui al presente appalto.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato potrà essere effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Compagnia Aggiudicataria (anche per il tramite della Cassa Contraente) della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata, ovvero in itinere.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, all'Assicurato potrà esser liquidato anche soltanto l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto 9.1 "MODALITA' EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Compagnia Aggiudicataria", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

10.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute dovranno essere liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti: 10.1.1 "SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA COMPAGNIA AGGIUDICATARIA" o 10.1.2 "SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA COMPAGNIA AGGIUDICATARIA".

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.

10.2 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

a) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia Aggiudicataria

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Compagnia Aggiudicataria effettuate in strutture sanitarie convenzionate potrà essere consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

b) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Compagnia Aggiudicataria

La documentazione di spesa in originale sarà conservata dalla Compagnia Aggiudicataria e inviata all'Assicurato con cadenza mensile.

La Compagnia Aggiudicataria, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvederà all'invio di alcuni riepiloghi delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate, che dovranno avere cadenza almeno annuale.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi potranno essere effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

10.3 LIQUIDAZIONE SINISTRI

La liquidazione dei sinistri avverrà nel rispetto di un numero massimo di giorni che non può essere in ogni caso superiore a 45 giorni lavorativi.

Gli assicurati potranno consultare in qualsiasi momento il riepilogo e lo stato di tutte le richieste di prestazioni e/o sinistri da rimborsare in modalità telematica sul sito internet della Compagnia Aggiudicataria.

10.4 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

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

10.5 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

La Compagnia Aggiudicataria rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art.1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili del danno.



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

11 PENALI

In deroga all'art. 10 delle Condizioni generali dei contratti di lavori, servizi e forniture dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A., qualora la Cassa Contraente ovvero la Compagnia Aggiudicataria non esegua, in tutto o in parte, le prestazioni indicate nel seguente capitolato nei modi e nei termini fissati, in assenza di cause di forza maggiore o di accordi specifici, l'Istituto applicherà una penale pari ad Euro 150,00 per ogni inadempienza alle prescrizioni contrattuali, sino ad un massimo del 5% del premio corrisposto annualmente per i dipendenti. Per inadempienza alle prescrizioni contrattuali si intende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- applicazione, per una prestazione coperta dalla garanzia, di un massimale inferiore a quanto previsto dal presente capitolato ovvero dall'offerta tecnica qualora migliorativa;
- applicazione, per una prestazione coperta dalla garanzia, di una percentuale di scoperto o di un minimo non indennizzabile superiori a quanto previsto dal presente capitolato, ovvero dall'offerta tecnica qualora migliorativa;
- rimborso non integrale, per una prestazione coperta dalla garanzia, dei ticket sanitari pagati dall'assicurato presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- liquidazione dei sinistri in un numero di giorni superiore a 45 giorni lavorativi, ovvero ad un diverso termine migliorativo specificato nell'offerta tecnica.

Superata la suddetta percentuale del 5%, ferma restando l'applicazione della penale, l'Istituto ha facoltà, previa diffida scritta, di ritenere risolto di diritto il rapporto e affidare l'esecuzione del servizio ad altri, in danno del Contraente inadempiente. In tal caso quest'ultimo è tenuto a corrispondere le penali per l'inadempimento, salvo in ogni caso il risarcimento dei maggiori danni.



ISTITUTO POLIGRAFICO
E ZECCA DELLO STATO

Direzione Acquisti

ALLEGATI

La Compagnia Aggiudicataria dovrà allegare i seguenti moduli per:

- TRATTAMENTO DATI PERSONALI COMPAGNIA
- ATTO DI CONVENZIONE CON CASSA CONTRAENTE
- TRATTAMENTO DATI PERSONALI CASSA CONTRAENTE

La modulistica per dipendenti dovrà contenere, invece il:

- MODULO ADESIONE A CASSA CONTRAENTE
- MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

La modulistica per i familiari dei dipendenti, invece, dovrà essere così composta:

- MODULO ADESIONE A CASSA CONTRAENTE
- MODULO DI VARIAZIONE FAMILIARI
- MODULO DI DENUNCIA SINISTRO