



MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA
COOPERAZIONE INTERNAZIONALE
Direzione Generale per le Risorse e l'Innovazione

Polizza Convenzione relativa all'assistenza sanitaria e al rimborso delle spese mediche per malattia, infortunio e maternità dei Dipendenti della Pubblica Amministrazione con sede di servizio all'estero nei Paesi ove non sussiste l'assistenza sanitaria diretta e dei relativi familiari a carico e conviventi, ai sensi dell'art. 211, comma 2, del D.P.R. 5 gennaio 1967 n. 18

C.I.G. 9178954875

Periodo 30.6.2022 – 01.01.2026
che con eventuali rinnovi può arrivare al 01.01.2028

Capitolato speciale
Lotto 2

Polizza Convenzione relativa all'assistenza sanitaria e al rimborso delle spese mediche per malattia, infortunio e maternità dei Dipendenti della Pubblica Amministrazione con sede di servizio all'estero e dei relativi familiari a carico e conviventi, ai sensi dell'art. 211, comma 2, del DPR 5 gennaio 1967 n. 18

La presente polizza è stipulata tra il

**IL MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA COOPERAZIONE
INTERNAZIONALE**
Direzione Generale per le Risorse e l'Innovazione
Piazzale della Farnesina 1 – 00135 Roma
C.F. 80213330584

e la Società

Premesso che

l'art. 211, comma 2, del D.P.R. 18/1967 ha inteso garantire, con costi interamente a carico del Ministero, la stipula di una polizza per prestazioni sanitarie in caso di **malattia, infortunio, maternità**, per singola persona fisica avente diritto e per il relativo nucleo familiare a carico e convivente presso la stessa Sede estera, si conviene che la presente assicurazione verrà regolata dalle norme di polizza di seguito descritte.

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del: 30/06/2022
Alle ore 00.00 del: 01/01/2026

SOMMARIO

SEZIONE I - RIMBORSO SPESE DI CURA

Art.1	Definizioni	pag. 5
Art.2	Persone assicurabili	pag. 6
Art.3	Ambito di operatività del contratto	pag. 6
Art.4	Durata della polizza e pagamento del premio	pag. 7
Art.5	Inclusioni ed esclusioni in corso d'anno	pag. 8
Art.6	Massimali	pag. 9
Art.7	Prestazioni garantite	pag. 9
Art.8	COVID-19	pag. 13
Art.8	Prosecuzione della garanzia oltre la scadenza dell'applicazione di copertura	pag. 14
Art.10	Prestazioni escluse	pag. 14

SEZIONE II – CONDIZIONI AGGIUNTIVE OPERANTI

Art.1	Prestazioni	
	A) Prestazioni di assistenza	pag. 15
	B) Assistenza diretta mediante rete convenzionata per “ricoveri o interventi chirurgici” nonché per “prestazioni extra ricovero”	pag. 17

SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Art. 1	Premi assicurativi	pag. 20
Art. 2	Imposte	pag. 20
Art. 3	Criteri e modalità di liquidazione	pag. 20
Art. 4	Controversie	pag. 21
Art. 5	Forma delle comunicazioni dell'Assicurato alla Società	pag. 21
Art. 6	Altre assicurazioni	pag. 21
Art. 7	Clausola Broker	pag. 22
Art. 8	Interpretazione del contratto	pag. 22

SEZIONE IV - CONDIZIONI PARTICOLARI PER LA SEDE DI BAGHDAD

pag. 23

SEZIONE V - POLIZZE AGGIUNTIVE A TOTALE CARICO DELL'ASSICURATO

Art. 1	Inclusione di assicurati diversi da quelli compresi nella definizione di Nucleo Familiare	pag. 24
Art. 2	Delegazioni Diplomatiche Speciali – ad adesione facoltativa	pag. 25

SEZIONE VI - CONDIZIONI GENERALI NEI RAPPORTI TRA CONTRAENTE E SOCIETA'

Art. 1	Recesso in caso di sinistro	pag. 26
Art. 2	Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio	pag. 26
Art. 3	Coassicurazione e delega	pag. 26
Art. 4	Modifiche dell'assicurazione	pag. 27

Art. 5	Penali	pag. 27
Art. 6	Clausola risolutiva espressa	pag. 28
Art. 7	Tracciabilità dei flussi finanziari	pag. 28
Art. 8	Foro competente	pag. 28
Art. 9	Rinvio alle norme di legge	pag. 28
Art. 10	Disposizione Finale	pag. 29

SEZIONE I – RIMBORSO SPESE DI CURA

Art. 1 – Definizioni

Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Polizza Convenzione	Il contratto assicurativo sottoscritto dal Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale in favore dei dipendenti della Pubblica Amministrazione con Sede di servizio all'estero e dei relativi familiari a carico e conviventi.
Contraente	Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.
Assicurato	La persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Nucleo Familiare	Ai sensi dell'art. 211 del D.P.R. 18/1967, il dipendente della Pubblica Amministrazione assicurato e i relativi coniuge e figli purché a carico e conviventi nella stessa Sede estera del dipendente titolare, come individuati dagli artt. 170 e 173 del D.P.R. 18/1967. Sono equiparate al coniuge le parti riferite alle unioni civili ai sensi della legge 76/2016. Il requisito del carico fiscale non è richiesto nell'ipotesi di dipendenti coniugati o uniti civilmente in servizio nello stesso Paese, che costituiranno ai fini della polizza un unico nucleo familiare con due titolari di polizza.
Società	L'impresa assicuratrice e le eventuali coassicuratrici.
Broker	La Aon S.p.A., incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione dell'Assicurazione, riconosciuta dalla Società e dall'Assicurato, o l'eventuale altro soggetto che dovesse subentrarvi in qualità di intermediario assicurativo.
Premio	La somma dovuta dal contraente alla Società.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro	Il fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Società non riconosce indennizzo.
Scoperto	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Società non riconosce indennizzo. Qualora siano operanti per la medesima garanzia sia la franchigia che lo scoperto, in caso di sinistro la Società indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia. L'applicazione delle franchigie e degli scoperti si intende riferita all'ammontare delle spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato ed indennizzabili a termini di polizza.
Massimale	La disponibilità unica ovvero la somma massima rimborsabile per ciascun Nucleo Familiare per una o più malattie e/o infortuni e/o maternità che diano diritto al rimborso nell'anno assicurativo.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Ciclo di cura	Una serie di prestazioni connesse alla medesima patologia.
Applicazione di copertura	I dati identificativi del singolo rischio di ogni Assicurato e cioè i suoi dati anagrafici, effetto e scadenza della copertura assicurativa, Sede estera di servizio e quanto altro previsto nella modulistica di adesione.

Day Hospital	La degenza in Istituto di Cura a regime esclusivamente diurno.
Intervento chirurgico ambulatoriale	L'intervento di chirurgia effettuato senza ricovero, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.
Ricovero	La degenza in Istituto di Cura comportante almeno un pernottamento.
Congedo	Qualunque periodo di astensione dal lavoro riconosciuto al dipendente, anche non retribuito.
Istituto di Cura	Ogni struttura sanitaria, pubblica o privata, autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
Centro diagnostico	Struttura sanitaria autorizzata all'erogazione di servizi sanitari, compresi ambulatori medici e medici.
SSN	Servizio Sanitario Nazionale o Mutua locale del Paese di assegnazione
Certificato assicurativo	Il certificato emesso dalla Società in applicazione alla presente Polizza Convenzione in favore dell'Assicurato.
Periodo assicurativo	Periodo di durata della Polizza Convenzione.
Anno assicurativo	Periodo di validità del singolo certificato di assicurazione
Polizza Aggiuntiva	Assicurazione facoltativa con premio a totale carico dell'Assicurato per l'inclusione in garanzia di soggetti diversi da quelli compresi nella definizione di Nucleo Familiare.

Art. 2 - Persone assicurabili

L'assicurazione è prestata a favore del personale della Pubblica Amministrazione con Sede di servizio all'estero (ovvero i dipendenti di ruolo del MAECI, del MIUR, i Carabinieri, gli Esperti e gli impiegati a contratto a legge italiana) e i relativi familiari fiscalmente a carico e conviventi, ai sensi dell'art. 211, comma 2, del D.P.R. 18/1967, qualora **prestino servizio in Stati nel mondo ove non viene erogata l'assistenza sanitaria in forma diretta** ex art. 3 del D.P.R. 618/1980.

Il requisito del carico fiscale non è richiesto nell'ipotesi di dipendenti tra loro coniugati o uniti civilmente in servizio nello stesso Paese, che costituiranno ai fini della polizza un unico nucleo familiare con due titolari di polizza.

Certificato 1 – personale a carico dell'Ufficio VIII DGRI del MAECI

Dipendenti di ruolo del MAECI, Carabinieri, Esperti e impiegati a contratto a legge italiana e relativi familiari aventi diritto

Certificato 2 – personale a carico dell'Ufficio V DGDP del MAECI
--

Dipendenti del MIUR e relativi familiari aventi diritto

<i>eventuale</i> Certificato 3 – personale a carico del Ministero della Difesa
--

Dipendenti del Ministero della Difesa e relativi familiari aventi diritto

Art. 3 - Ambito di operatività del contratto

La copertura prestata dalla presente Polizza Convenzione è valida per tutto il periodo di permanenza all'estero connesso all'attività lavorativa, compresi i giorni necessari all'effettuazione dei viaggi per il raggiungimento della Sede di lavoro all'estero, il soggiorno in Sede prima dell'assunzione ed i viaggi per il rientro sul territorio nazionale. Si fa salvo, tuttavia, quanto previsto al successivo art. 4.

Non interrompono il diritto all'assistenza sanitaria eventuali periodi di permanenza all'estero prima del viaggio di trasferimento ad altra Sede o del rientro sul territorio nazionale dovuti a giustificati e comprovati motivi che ritardino il trasferimento od il rimpatrio. Tali motivi devono essere debitamente attestati dalla Rappresentanza diplomatica o dall'Ufficio consolare territorialmente competente. Non interrompono ugualmente il diritto alla copertura prestata dalla presente polizza eventuali periodi di permanenza in paesi diversi da quello di servizio connessi con viaggi di servizio ed i periodi di congedo degli assicurati in qualunque paese del mondo purché si tratti di infortunio avvenuto in tale periodo o di malattia di improvvisa insorgenza e le cui cure si dovessero rendere necessarie in una situazione di urgenza.

La garanzia è operante:

- per tutti gli assicurati, indipendentemente dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli assicurati stessi risultassero affetti all'atto della stipula del presente contratto, o che dovessero in seguito sopravvenire. Sono pertanto incluse nell'assicurazione le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, nonché le malattie croniche e recidivanti;
- per le spese mediche sostenute a seguito di infortuni verificatesi nell'anno assicurativo, oppure in anni assicurativi precedenti, anche se tali spese vengono sostenute dall'assicurato nell'anno assicurativo corrente, purché l'adesione venga rinnovata senza interruzione.
- per le spese mediche sostenute nel Paese dove l'Assicurato presta servizio, fatto salvo quanto successivamente previsto per l'Italia.

Qualora il Contraente sia assegnato ad una Sede in cui si applica l'art. 7 del D.P.R. 306/1991, i componenti del nucleo familiare possono essere inclusi nella copertura assicurativa solo se vivono stabilmente in Italia quando non convivono con il Contraente nella Sede di servizio. Per tali assicurati, in Italia, la copertura prestata dalla presente polizza agisce esclusivamente in forma integrativa rispetto ai costi delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, garantendo cioè il solo rimborso dei Ticket.

In Italia, la copertura prestata dalla polizza agisce esclusivamente in forma integrativa rispetto ai costi delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, ossia garantendo il solo rimborso dei Ticket, salvo che nei due casi seguenti:

- nel caso in cui si sia reso necessario un trasferimento sanitario, ai sensi del successivo art. 1 lettera F della Sezione II-A);
- qualora nel Paese estero in cui l'Assicurato presta servizio si riscontri inadeguatezza delle strutture sanitarie e/o insufficienza di competenze medico-specialistiche riferite alla malattia o all'infortunio denunciato. Tale carenza dovrà essere attestata da una dichiarazione rilasciata dal medico di fiducia della Rappresentanza diplomatica o consolare. Ove la Sede sia sprovvista di tale figura, la dichiarazione andrà sottoscritta dal Capo Missione ovvero, in sua assenza, dal Vicario. L'Assicurato dovrà trasmettere tale documentazione alla Società in occasione della richiesta di rimborso delle relative spese mediche.

Art. 4 - Durata della polizza e pagamento del premio

La presente Polizza Convenzione ha durata di tre anni e sei mesi, così composti: il primo periodo dal 30.06.2022 al 01.01.2023 e poi periodi di rinnovo annuale tacitamente prorogati fino alle ore 00.00 del 01.01.2026, con cessazione automatica alla scadenza del 01.01.2026 senza obbligo di disdetta da

ambo le Parti.

Anche nel primo semestre i massimali si intenderanno disponibili per intero e il premio calcolato in *pro rata*.

La stazione appaltante si riserva di richiedere, con preavviso di 90 giorni, il rinnovo del servizio per ulteriori 12 mesi alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, che la Società si impegna a garantire fino al 01.01.2027.

È, inoltre, facoltà del MAECI richiedere per un ulteriore anno (fino al 01.01.2028) la prosecuzione del servizio, con preavviso di 210 giorni. La Società si impegna, entro 180 giorni dalla scadenza, a comunicare al MAECI l'accettazione o il rifiuto della richiesta.

È facoltà del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale richiedere alla Società, con un preavviso non inferiore a 30 giorni antecedente la naturale scadenza, la proroga tecnica della presente Polizza Convenzione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova Assicurazione e comunque per un periodo massimo di 6 (sei) mesi. La Società s'impegna a prorogare la presente polizza Convenzione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore con incasso dei premi assicurativi nella misura del 50% mantenendo per intero la disponibilità dei massimali.

Relativamente al MAECI, la DGRI e la DGDP provvederanno ad effettuare il pagamento per gli assicurati di propria competenza, a valere sui relativi capitoli di bilancio, sulla base dei separati certificati emessi dalla Società. Un ulteriore e separato certificato sarà emesso per il personale avente diritto gestito autonomamente dal Ministero della Difesa, che potrà avvalersi della medesima polizza. Ciascuna Direzione Generale si impegna a versare il premio con rate semestrali, ognuna entro 90 giorni dalla decorrenza del semestre. In caso contrario, l'Assicurazione resterà sospesa, per i soli certificati per i quali il premio non è stato pagato, dalle ore 24 del 120° giorno successivo a quello della scadenza e riprenderà efficacia dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. Lo stesso vale per le rate successive.

È data facoltà al Contraente di ottenere un'estensione dei termini per un massimo di ulteriori 90 giorni, da richiedersi per iscritto, in caso di non immediata disponibilità dei fondi in bilancio o di qualunque altra difficoltà tecnica.

Art. 5 - Inclusioni ed esclusioni in corso d'anno

La Stazione Appaltante comunicherà con cadenza mensile l'elenco delle nuove posizioni da includere in copertura nel mese successivo, con relativa data di ingresso. Per queste ultime la copertura decorrerà dal 1° del mese all'interno del quale si inserisce la data comunicata dal Contraente, e il premio verrà calcolato in *pro rata* (in maniera proporzionale al premio annuo).

Sempre con cadenza mensile, il MAECI comunicherà i rientri del mese precedente. Per questi la copertura cesserà l'ultimo giorno del mese di rientro e verrà calcolato il rimborso del premio in *pro rata* (in maniera proporzionale al premio annuo).

Si precisa altresì che la copertura assicurativa è garantita fino alla data di esclusione, che coincide con la data di cessazione dal servizio estero o trasferimento ad altra sede di servizio ove viene erogata l'assistenza in forma diretta.

Resta inteso che il mancato inserimento nell'elenco del nominativo di un avente diritto non inficia la copertura assicurativa, valida *ex se* sulla base degli atti - nella disponibilità del MAECI - comprovanti il servizio estero nei Paesi in cui non sussista assistenza sanitaria diretta

In caso di decesso dell'Assicurato, resta ferma la copertura dei familiari aventi diritto conviventi presso la stessa Sede estera per massimo 3 mesi successivi alla data di decesso del Titolare.

Art. 6 - Massimali

Il rimborso delle spese indennizzabili in base alle condizioni della presente polizza avviene per ogni prestazione garantita fino a concorrenza della relativa somma assicurata. Tale somma deve intendersi quale **disponibilità massima per annualità assicurativa e per ciascun Nucleo Familiare**.

Relativamente al semestre 30.6.2022 – 01.01.2023 i massimali si intenderanno disponibili per intero.

Pertanto, fatti salvi gli eventuali sottolimiti dettagliati al successivo art. 7:

- le garanzie per **ricoveri presso ospedali o altri istituti o case di cura**, di cui al successivo art. 7 lettera A sono prestate fino a concorrenza della complessiva somma di € 500.000,00 per Nucleo Familiare ed anno assicurativo;

- le garanzie per **prestazioni extra ricovero**, di cui al successivo art. 7 lettera B sono prestate fino a concorrenza della complessiva somma di € 40.000,00 per Nucleo Familiare ed anno assicurativo;

- le garanzie per **prestazioni specialistiche**, di cui al successivo art. 7 lettera C, sono prestate fino a concorrenza della complessiva somma di € 10.000,00 per Nucleo Familiare ed anno assicurativo;

- le garanzie per **protesi ortopediche**, di cui al successivo art. 7 lettera D sono prestate fino a concorrenza della complessiva somma di € 2.600,00 per persona ed anno assicurativo.

Anche nel caso in cui il familiare venga incluso nell'assicurazione in data successiva alla decorrenza della singola applicazione di copertura (ad esempio i nuovi nati) operano i massimali dell'annualità assicurativa in corso previsti per il nucleo.

Art. 7 - Prestazioni garantite

A. PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI O INTERVENTI CHIRURGICI

La Società rimborsa le spese:

1) Per intervento chirurgico, in regime di ricovero in Istituto di Cura o in regime ambulatoriale o in regime di Day Hospital:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto chirurgo, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- b) assistenza e prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, terapie, esami effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- c) rette di degenza;
- d) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 120 gg. precedenti il ricovero;
- e) esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, terapie, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), effettuate nei 120 gg. successivi alla data della dimissione dal ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
- f) prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore nel caso di trapianti di

organi o parti di essi; per le donazioni da vivente sono comprese le prestazioni sanitarie durante il ricovero riferite al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza. Sono altresì comprese le spese per il trasporto di organi o di parti di essi;

- g) trasporto con idoneo mezzo all'Istituto di Cura e viceversa nell'ambito dello Stato dove è situata la Sede di servizio, fino alla concorrenza di € 4.000,00 per sinistro;
- h) interventi alle adenoidi e/o tonsille effettuati su bambini-ragazzi di età non superiore a 14 anni fino alla concorrenza di € 2.000,00 per persona;

Sono altresì inclusi i ricoveri per interventi chirurgici derivanti dalle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale: osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola e della mascella, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

2) Per ricovero in Istituto di Cura che non comporti intervento chirurgico:

- a) rette di degenza;
- b) accertamenti diagnostici, assistenza e prestazioni mediche ed infermieristiche, cure, medicinali, terapie, esami riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- c) gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati fuori dall'Istituto di Cura nei 120 gg. precedenti il ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero;
- d) esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, terapie, effettuati nei 120 gg. successivi alla data della dimissione dal ricovero, purché direttamente conseguenti all'evento che ha causato il ricovero;
- e) trasporto con idoneo mezzo all'Istituto di Cura e viceversa nell'ambito dello Stato dove è situata la Sede di servizio, fino alla concorrenza di € 4.000,00 per sinistro.

La garanzia di ricovero si intende estesa ed operante anche nel caso in cui la degenza avvenga in regime di 'Day Hospital' (degenza diurna). Nei casi di Day Hospital senza intervento chirurgico viene tuttavia stabilito un massimale di € 25.000,00 per anno/nucleo;

Sono comprese le prestazioni sanitarie effettuate in regime di **pronto soccorso** anche se non comportanti un ricovero.

Sono comunque escluse le prestazioni relative alle cure termali.

3) Maternità

La Società rimborsa le spese indicate al precedente punto A. 1) lettere a), b), c), g). Sono altresì comprese le spese relative all'effettuazione di sei ecografie nell'intero arco della gravidanza.

In caso di parto cesareo ed aborto terapeutico vale il massimale garantito al precedente art. 6, con riferimento alle prestazioni di cui al presente art. 7 lettera A.

In caso di parto naturale ed aborto spontaneo il massimale per le spese indicate al precedente punto A. 1) lettere a), b), c) si intende ridotto ad € 5.000,00

L'assicurazione s'intende automaticamente estesa ai neonati, purché rientranti nella definizione di Nucleo Familiare di cui al precedente art. 1.

Per quanto la comunicazione di inserimento in garanzia dei nuovi nati figli dei dipendenti assicurati assuma un puro effetto formale, l'Assicurato si impegna comunque a darne comunicazione alla Società entro 90 giorni dalla nascita ed a pagare l'eventuale maggior premio previsto dalle Condizioni Particolari di Assicurazione all'art. 1 - Sez. III.

Resta altresì inteso che sono comprese in garanzia le spese sostenute a termini di polizza per cure, interventi chirurgici, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici, prestazioni specialistiche

conseguenti a malformazioni e/o difetti congeniti fisici, purché effettuati nel periodo di validità della presente polizza e del relativo Certificato di Assicurazione ed entro il primo anno di vita del bambino.

4) Scoperti e franchigie

Per le garanzie di cui ai precedenti punti A. 1), A. 2) e A. 3) valgono le seguenti condizioni:

1. in caso di ricovero effettuato in regime di assistenza diretta presso Istituto di cura convenzionato non verrà applicato alcuno scoperto o franchigia;
2. in caso di ricovero effettuato presso Istituto di cura non convenzionato, il rimborso delle spese viene effettuato previa detrazione di uno scoperto del 10% con una franchigia minima di € 150,00 e massima di € 1.000,00; in questo caso, inoltre, le rette di degenza, verranno rimborsate fino a concorrenza di € 260,00 giornaliere. Sull'eventuale eccedenza di detto importo viene applicato uno scoperto del 30% che rimane a carico dell'Assicurato.

Gli scoperti e franchigie suindicate non si applicano nei casi di parto naturale ed aborto spontaneo.

3. Le spese per le prestazioni effettuate nei 120 giorni precedenti e/o successivi al Day Hospital (con o senza intervento chirurgico) o all'intervento chirurgico ambulatoriale a carico del SSN vengono rimborsate con applicazione di uno scoperto del 10% e con una franchigia minima di € 50,00.
4. Per i ricoveri con o senza intervento chirurgico a carico del SSN, nessuno scoperto e/o franchigia verrà applicata nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso dei soli ticket sostenuti per le suindicate prestazioni.

5) Anticipo

Nei casi di ricovero, qualora l'Istituto di Cura richieda il pagamento di un anticipo, la Società rimborsa - su domanda dell'Assicurato - l'importo corrisposto a tale titolo entro il 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

B. PRESTAZIONI EXTRA RICOVERO

La Società rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche:

- ANGIOGRAFIA
- AMNIOCENTESI prescritta in gravidanza anche in assenza di patologia della madre o del feto
- ARTERIOGRAFIA DIGITALE
- ARTOGRAFIA
- BRONCOSCOPIA
- CHEMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA E TERAPIE RESE NECESSARIE DA MALATTIA ONCOLOGICA
- CISTOGRAFIA
- CORONAROGRAFIA
- COBALTOTERAPIA
- COLONSCOPIA
- DIALISI
- DOPPLER
- ECOCARDIOGRAFIA
- ECODOPPLER
- ECOCOLORDOPPLER
- ECOGRAFIA

- ELETTROCARDIOGRAFIA
- ELETTROENCEFALOGRAFIA
- ELETTROSCOPIA
- ESAMI ENDOSCOPICI, ivi compresa l'eventuale Biopsia
- HOLTER
- LASERTERAPIA
- MAMMOGRAFIA
- MINERALOGIA OSSEA COMPUTERIZZATA (MOC)
- PET (Tomografia ad emissione di positroni)
- RADIONEFROGRAMMA
- RETINOGRAFIA – OCT
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- SCINTIGRAFIA
- UROGRAFIA
- T.A.C.
- TELECUORE
- UROFLUSSOMETRIA

Le garanzie di cui alla presente lettera B. vengono accordate fino a concorrenza della complessiva somma di € 40.000,00 - da intendersi quale massimale annuo e per nucleo familiare, così come definito al precedente art. 6 - e con applicazione per ogni malattia e/o infortunio di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 20% delle spese effettivamente sostenute e documentate con una franchigia minima di € 50,00 per ogni prestazione o ciclo di cura, intendendosi per tale una serie di prestazioni connesse alla medesima patologia e presentate in un'unica richiesta.

In presenza di spese relative ad un unico evento ed in dipendenza del quale gli assicurati usufruiscano delle prestazioni rientranti nei due massimali relativi a "PRESTAZIONI EXTRA RICOVERO" e "PRESTAZIONI SPECIALISTICHE", il rimborso delle stesse verrà effettuato in capo al massimale delle "PRESTAZIONI EXTRA RICOVERO" con applicazione, sull'importo complessivo, di uno scoperto del 10% con una franchigia minima di € 50,00.

Scoperto e franchigia non vengono applicati nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni, ove esse siano state effettuate con oneri a carico del SSN.

Nessuno scoperto e franchigia verrà applicato in caso di prestazione effettuato presso strutture convenzionate in regime di assistenza diretta.

C. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

La Società tiene indenne l'assicurato per le spese per prestazioni specialistiche, ambulatoriali e/o domiciliari pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciato, purché prescritte da **medico** (intendendosi per medico il professionista abilitato all'esercizio della professione medica nel Paese di servizio o in quello dove vengano prestate le cure). In particolare, sono coperte le spese per:

- onorari medici per visite e prestazioni specialistiche; sono escluse le spese odontoiatriche, ad eccezione di quelle rese necessarie da malformazioni congenite e malattie rare. Sono, altresì, escluse le spese ortodontiche e pediatriche di controllo;
- analisi di laboratorio, esami ed accertamenti diagnostici ivi compresi gli onorari medici, salvo quanto previsto alla precedente lettera B.;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi solo a seguito di intervento chirurgico ed effettuati da personale abilitato il cui titolo dovrà essere comprovato dalla documentazione di spesa con un massimo assicurato di € 2.000,00 annuo e per nucleo familiare;

- acquisto o noleggio di apparecchiature sanitarie;
- cure dentarie e paradentarie rese necessarie da infortunio, effettuate in ambulatorio.

La Società mette, inoltre, a disposizione un servizio di video consulto medico specialistico, attivabile chiamando la Centrale Operativa al numero dedicato _____ con reperibilità 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

Le garanzie di cui alla presente lettera C. vengono accordate fino a concorrenza della complessiva somma di € 10.000,00 - da intendersi quale massimale annuo e per nucleo familiare, così come definito al precedente art. 6 - e con applicazione per ogni malattia e/o infortunio di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 20% delle spese effettivamente sostenute e documentate, con una franchigia minima di € 50,00 per ogni prestazione o ciclo di cura, intendendosi per tale una serie di prestazioni connesse alla medesima patologia e presentate in un'unica richiesta. Scoperto e franchigia non vengono applicati nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni ove esse siano state effettuate con oneri a carico del SSN.

Qualora la Compagnia avesse la disponibilità di strutture convenzionate per eseguire le prestazioni sopra elencate in regime di assistenza diretta, non verranno applicati scoperti e franchigie.

D. PROTESI ORTOPEDICHE

La Società rimborsa le spese per protesi ortopediche fino a concorrenza dell'importo di € 2.600,00 intendendosi tale somma quale disponibilità annua unica per ciascuna persona assicurata.

E. MEDICINA PREVENTIVA

La Società provvederà al rimborso delle spese che il dipendente e/o un membro del nucleo familiare sosterrà una (1) volta l'anno per effettuare i seguenti accertamenti diagnostici di prevenzione:

- Sesso maschile**
 - visita cardiologia con ECG;
 - accertamento dell'antigene prostatico;
 - ecografia delle vie urinarie.
- Sesso femminile**
 - ecografia mammaria o mammografia;
 - visita ginecologica comprensiva di pap test;
- Indipendentemente dal sesso**
 - esame del sangue comprensivo dei seguenti accertamenti: ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protrombina parziale (PPT), tempo di protrombina (PT), VES;
 - esame delle urine.

Il rimborso delle spese di cui sopra, dovrà avvenire entro il limite massimo di euro 600,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare. Si precisa che ciascun esame non potrà essere effettuato più di una volta a persona per anno assicurativo.

Art. 8 - COVID-19

Si precisa che tutte le spese mediche dovute all'accertamento e/o alla cura del COVID-19 rientrano in copertura nei limiti e nelle disposizioni delle singole garanzie in base alla prestazione di cui l'Assicurato faccia richiesta, incluso il trasferimento sanitario previsto all'art. 1, lett. f), sezione II della presente polizza.

Art. 9 - Prosecuzione della garanzia oltre la scadenza dell'applicazione di copertura

Si precisa che qualora il ricovero abbia avuto inizio in data antecedente la data di scadenza della singola applicazione di copertura, la garanzia è operante anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione stessa sino alla data di dimissione dall'Istituto di Cura e dell'eventuale rientro in Italia o nel Paese di servizio.

Art.10 - Prestazioni escluse

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, ad eccezione di quelli a scopo ricostruttivo resi necessari da malattia o infortunio o tesi alla ricostruzione della mammella solo a seguito di asportazione di tumori e di quelli concernenti i neonati che non abbiano compiuto il 3° anno di età;
- agopuntura non effettuata da medico;
- cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie, salvo quanto previsto dall'art. 7 lettere A. 1) e C.;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- stato di gravidanza ove le spese siano state sostenute in data precedente alla data di effetto della presente polizza o della singola applicazione di copertura;
- le prestazioni relative alla garanzia prevista all'art 7 lettera A. 1) e 2) "Prestazioni connesse a ricoveri o Interventi Chirurgici" già in atto alla data di adesione alla presente polizza;
- accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale in Italia.

SEZIONE II – CONDIZIONI AGGIUNTIVE OPERANTI

Art. 1 - Prestazioni

A) PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

La Società, in abbinamento alla garanzia Rimborso Spese di cura, presta a tutti gli Assicurati tramite la Centrale Operativa _____ -

Via _____ - Città _____,

in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, indicata con il proprio marchio commerciale _____ le garanzie di Assistenza sotto elencate a seguito di infortunio o malattia o maternità garantita a termini della presente Polizza Convenzione.

Tutte le prestazioni di Assistenza non sono dovute per sinistri le cui cause sono escluse o non rimborsabili dalla presente Polizza Convenzione.

Per usufruire delle prestazioni di Assistenza di seguito previste l'Assicurato o chi per esso deve prendere immediatamente contatto con la Centrale Operativa di _____, chiamando il numero dedicato contattabile anche dall'estero _____ attivo 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno ed indicando con precisione:

- nome e cognome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- il tipo di assistenza di cui si necessita;
- eventuale recapito telefonico;
- il numero di Polizza Convenzione.

Ove applicabile: le spese rientranti nelle garanzie sotto elencate, eventualmente sostenute in autonomia dall'Assicurato e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa, non saranno rimborsate.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa, dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi.

La Centrale Operativa, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, garantisce la risposta immediata alle telefonate in entrata (con un canale dedicato alle emergenze senza tempi di attesa) nonché l'effettiva presa in carico della richiesta entro due ore dalla stessa, l'attivazione delle procedure del caso, con comunicazione diretta all'interessato o, ove lo stesso sia impossibilitato, al contatto indicato nella richiesta di intervento delle procedure da porre in atto.

La Centrale Operativa si impegna a fornire riscontro alle mail in entrata entro la giornata corrente se antecedenti alle 13:00 o, se pervenute oltre tale orario, entro le 13:00 della giornata successiva, tramite l'indirizzo mail dedicato.

a) Consulenza Medica

Qualora l'Assicurato o un membro del suo Nucleo Familiare, a seguito di infortunio / malattia / maternità necessiti di una valutazione del proprio stato di salute, può contattare i medici della Centrale Operativa e chiedere un consulto telefonico.

b) Informazioni sulla Degenza

Qualora l'Assicurato o un membro del suo Nucleo Familiare si ricoveri presso un Istituto di Cura, i medici della Centrale Operativa provvedono a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dello stesso, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

c) Segnalazione di un Medico Specialista all'Estero

Qualora l'Assicurato o un membro del suo Nucleo Familiare, successivamente ad una Consulenza Medica di cui alla precedente lettera a), necessiti di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnala, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.

d) Invio di un'Équipe Medica all'Estero

Qualora, in seguito ad infortunio o malattia o maternità, le condizioni dell'Assicurato o di un membro del suo Nucleo Familiare, accertate tramite contatti diretti con i Medici della Centrale Operativa, siano tali da rendere necessario l'invio di un'équipe medica, la Centrale Operativa provvede ad inviare la stessa fornita dell'attrezzatura sanitaria adatta alla patologia del caso allo scopo di:

- fornire consulti specialistici sul posto ai medici curanti locali;
- collaborare con questi ultimi per somministrare le cure più appropriate;
- organizzare, se necessario, il trasferimento sanitario dell'Assicurato o del membro del suo Nucleo Familiare.

La presente prestazione è garantita fino a € 10.500.00 per assicurato e per anno.

Il tempo massimo di utilizzo dell'équipe è di 4 giorni.

Sono escluse dalla prestazione di cui al presente paragrafo le infermità o lesioni che a giudizio dei medici della Centrale Operativa possono essere curate dai soli medici sul posto.

e) Invio di Medicinali Urgenti all'Estero

Qualora l'Assicurato o un membro del suo Nucleo Familiare, trovandosi all'estero, necessitasse di specialità medicinali regolarmente registrate in Italia, ma non reperibili sul luogo né sostituibili con medicinali locali ritenuti equivalenti dai medici della Centrale Operativa, quest'ultima provvede al loro invio. La spedizione verrà effettuata, con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme locali che ne regolano il trasporto.

Sono esclusi dalla prestazione:

- l'invio di specialità medicinali non registrate in Italia;
- i costi dei medicinali stessi.

f) Trasferimento Sanitario

Qualora, in seguito ad infortunio, malattia o maternità, l'Assicurato o un membro del suo Nucleo Familiare necessitasse, a giudizio dei medici della Centrale Operativa ed in accordo con il medico curante sul posto, del trasporto in un Istituto di Cura attrezzato in Italia o, qualora temporaneamente in un Paese terzo, del rientro nel Paese di servizio dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà, senza alcuna spesa a carico dell'Assicurato, ad organizzare, entro le 48 ore dalla valutazione di necessità, il trasferimento anche di eventuale accompagnatore con il mezzo e i tempi ritenuti più idonei dai medici della Centrale Operativa dopo il consulto di questi con il medico curante sul posto.

Tali mezzi possono essere:

- l'aereo sanitario;
- l'aereo di linea in classe economica, se necessario con posto barellato;
- il treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- l'autoambulanza (senza limiti di chilometraggio);
- altro mezzo idoneo.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa e comprende l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, qualora i medici della Centrale Operativa la ritengano necessaria.

La Centrale Operativa provvederà altresì, senza alcuna spesa a carico dell'Assicurato, ad organizzare il trasferimento dell'infermo, ed eventuale accompagnatore, in caso di carenza nel Paese di strutture

sanitarie adeguate all'evento occorso, in Italia o fino al più vicino Istituto di Cura attrezzato accessibile in altra località estera.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della Centrale Operativa, possono essere curate adeguatamente in loco;
- le malattie infettive, solo se il trasferimento sanitario sia impossibile in quanto violi gli obblighi e i limiti derivanti dalle norme della profilassi internazionale;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivano volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'infermo è ricoverato.

Alle condizioni di cui sopra, la Centrale Operativa provvederà altresì ad organizzare, senza alcuna spesa a carico dell'Assicurato, il trasferimento dell'infermo fino al più vicino Istituto di Cura attrezzato, anche nei casi in cui l'infermo, dimesso dall'Istituto di Cura in cui era stato ricoverato, necessiti di rientrare in altro Istituto di Cura attrezzato.

g) Interprete all'estero

Qualora l'Assicurato o un membro del suo Nucleo Familiare, trovandosi all'estero, venisse ricoverato in Istituto di Cura e avesse difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua locale, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete sul posto. Tale prestazione sarà fornita fino ad un massimo di 8 ore.

h) Viaggio di un familiare all'estero

Nei casi in cui, in conseguenza di infortunio o malattia, l'Assicurato o un membro del suo Nucleo Familiare necessiti di un ricovero in Istituto di Cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa tenendo a proprio carico le spese metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno.

B) ASSISTENZA DIRETTA MEDIANTE RETE CONVENZIONATA PER "RICOVERI O INTERVENTI CHIRURGICI" NONCHE' PER "PRESTAZIONI EXTRA RICOVERO"
--

Per le garanzie di cui alla lettera A. ed alla lettera B. ed alla lettera C. dell'art. 7 - Sezione I si intendono valide le seguenti condizioni, fermi restando i relativi massimali e sottolimiti:

Assistenza Diretta mediante Rete convenzionata: La Società mette a disposizione dell'Assicurato un servizio di accesso ad una rete di Istituti di Cura convenzionati a livello mondiale, Italia esclusa, presso la quale l'Assicurato potrà ricevere le prestazioni connesse a ricoveri con/senza intervento chirurgico o prestazioni extra ricoveri di cui all'art. 7 Sezione I, lettere A. e B. con costi sostenuti direttamente dalla Società, ad eccezione delle spese non previste e non indennizzabili ai sensi della presente polizza, che saranno sostenute dall'Assicurato al momento della dimissione.

La prenotazione delle prestazioni extra ricovero è subordinata alla prescrizione di un medico (intendendosi per medico il professionista abilitato all'esercizio della professione medica nel Paese di servizio o in quello dove vengono prestate le cure).

La Società dichiara di avvalersi di una Rete in Convenzione diretta con una presenza territoriale di almeno n. 50 Istituti di Cura convenzionati in Asia, n. 50 nel Nord America, n. 50 nel Sud America, n. 40 in America Centrale, n. 10 in Australia e n. 15 in Africa.

La società si impegna a fornire al contraente, periodicamente o su richiesta del MAECI, gli elenchi delle strutture convenzionate nella sopra indicata consistenza minima.

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi per sé o per le persone incluse nella presente copertura

assicurativa degli Istituti di Cura e della équipe medica convenzionata nel Paese in cui presta servizio, assumendosi ogni responsabilità connessa a tale decisione, è sollevato da qualsiasi anticipo o pagamento diretto delle spese per prestazioni ricevute, sempreché indennizzabili a termini della presente polizza. In tal caso gli scoperti e le franchigie previsti alla lettera A. 4), alla lettera B ed alla lettera C dell'art. 7 Sezione I non trovano applicazione.

Nel caso in cui l'Assicurato utilizzi una équipe operatoria non convenzionata con la Società, pur presso una struttura convenzionata, la Società pagherà direttamente la struttura sanitaria mentre l'Assicurato provvederà in proprio al pagamento delle spese sostenute per gli onorari medici. Tali ultime spese saranno successivamente rimborsate dalla Società all'Assicurato a termini di polizza al ricevimento della documentazione completa; anche in tal caso non si applicano scoperti e franchigie previsti alla lettera A. 4) dell'art. 7 Sezione I.

Qualora l'Assicurato non intenda avvalersi della Rete convenzionata preferendo altra struttura del Paese in cui presta servizio, l'Assicurato provvederà in proprio al pagamento delle spese, che saranno successivamente rimborsate dalla Società a termini di polizza al ricevimento della documentazione completa.

Qualora la Rete non abbia nessun convenzionamento nel Paese in cui l'Assicurato presta servizio quest'ultimo anticiperà interamente le spese di ricovero o quelle per la prestazione extra ricovero richiedendo successivamente il relativo rimborso alla Società a termini di polizza. La Società effettuerà il pagamento al ricevimento della documentazione completa e senza applicazione degli scoperti e delle franchigie previsti alla lettera A. 4), alla lettera B ed alla lettera C dell'art. 7 Sezione I della presente polizza.

Il servizio di assistenza diretta mediante rete convenzionata per ricovero o interventi chirurgici, nonché per prestazioni extra-ricovero si intende valida ed operante anche per l'Italia qualora si sia reso necessario il trasferimento sanitario dell'Assicurato o si riscontri, nel Paese estero in cui l'Assicurato presta servizio, inadeguatezza delle strutture sanitarie e/o insufficienza di competenze medico-specialistiche riferite alla malattia o all'infortunio denunciato. Tale carenza dovrà essere attestata da una dichiarazione rilasciata dal medico di fiducia della Rappresentanza diplomatica o consolare. Ove la Sede sia sprovvista di tale figura, la dichiarazione andrà sottoscritta dal Capo Missione ovvero, in sua assenza, dal Vicario. L'Assicurato dovrà trasmettere tale documentazione alla Società in occasione della richiesta di rimborso delle relative spese mediche. Anche in tal caso gli scoperti e le franchigie previsti alla lettera A. 4), alla lettera B ed alla lettera C dell'art. 7 Sezione I non trovano applicazione.

La Società dichiara di avvalersi di una Rete in Convenzione diretta in Italia con una presenza territoriale di almeno n. 50 Istituti di Cura convenzionati.

Le garanzie relative all'assistenza diretta per pianificare Ricoveri e Interventi Chirurgici nonché per le Prestazioni Extra Ricovero verranno prestate tramite la Centrale Operativa _____ Via _____, città _____, alla quale l'Assicurato dovrà rivolgersi per la prenotazione e per acquisire la relativa autorizzazione, attenendosi alle istruzioni e disposizioni dell'operatore, chiamando il numero dedicato _____, o inoltrando una richiesta tramite posta elettronica all'indirizzo _____. Per la presente Assistenza Diretta la Centrale Operativa è attiva nei giorni _____ dal _____ al _____ dalle ore _____ alle ore _____.

In caso di ricovero in condizioni di emergenza che non consentano la previa prenotazione attraverso la Centrale Operativa, i contatti con quest'ultima dovranno intervenire necessariamente entro le 72 (settantadue) ore successive al ricovero così da consentire la presa in carico in assistenza diretta.

In caso di inadeguatezza delle strutture sanitarie nel Paese ove l'Assicurato presta servizio, riferite

alla malattia o all'infortunio denunciato, dichiarata dal medico di fiducia della Rappresentanza diplomatica o consolare o dal Capo Missione, o in sua assenza dal Vicario, la Società garantisce l'Assistenza Diretta anche presso strutture sanitarie convenzionate in un Paese diverso da quello di servizio (ad esclusione dei paesi dell'U.E.) o diverso dall'Italia sulla base della volontà dell'assicurato compatibilmente con il giudizio medico espresso. Anche in tal caso gli scoperti e le franchigie previsti alla lettera A. 4), alla lettera B. ed alla lettera C. dell'art. 7 Sezione I non trovano applicazione.

SEZIONE III – CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Premi assicurativi

Categoria A)

Il premio annuo per ogni dipendente assicurato senza nucleo familiare, per l'insieme delle prestazioni di cui alle Sezioni I, II e IV, è stabilito in:

€ _____ = **comprensivo di imposte.**

Il premio annuo, comprensivo di imposte, per l'estensione al nucleo familiare, indipendentemente dal numero dei componenti è pari al 50% del premio pro-capite sopraindicato.

Art. 2 - Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente e costituiscono parte del premio assicurativo lordo.

Art. 3 - Criteri e modalità di liquidazione

Art. 3.1. Assistenza Diretta

Per effettuare le prestazioni in regime di assistenza diretta, ovvero con pagamento diretto della prestazione dalla Società alla struttura sanitaria convenzionata, l'Assicurato dovrà farne richiesta almeno 2 giorni lavorativi prima della data della prestazione – salvo i casi di emergenza – tramite la Centrale Operativa, indicando il tipo di prestazione e la diagnosi.

La Società si impegna a ad evadere le richieste entro 24 ore, dando notizia all'assicurato:

- dell'avvenuta presa in carico
- di eventuale documentazione mancante
- del motivo dell'eventuale reiezione

Art. 3.2. Assistenza Indiretta

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, nei limiti previsti dalla presente Polizza Convenzione, l'Assicurato deve inviare la relativa richiesta alla Società di norma entro 90 giorni dalla data entro cui si è concluso il ciclo di cure correlato alla malattia e/o infortunio e/o maternità per i quali si richiede il rimborso. In caso di decesso dell'Assicurato, la richiesta di rimborso delle spese mediche deve essere inoltrata da uno dei membri del suo Nucleo Familiare.

La richiesta deve essere corredata da documentazione attestante la diagnosi della malattia e le prescrizioni medico-specialistiche delle prestazioni effettuate, dalla copia integrale della cartella clinica nei casi di ricovero, dalle ricevute, fatture, notule e parcelle, debitamente quietanzate, nonché dalla ulteriore documentazione richiesta. Detta documentazione dovrà essere prodotta in copia, fermo restando la facoltà della Società di richiedere gli originali. Detti originali dovranno essere inviati dall'Assicurato con mezzo idoneo a garantire la tracciabilità della spedizione. Essi verranno restituiti dalla Società con analogo mezzo, all'indirizzo italiano che l'Assicurato indicherà allo scopo nel modulo di richiesta di rimborso.

Le richieste di rimborso avanzate a seguito di infortunio devono possibilmente essere accompagnate da certificato di Pronto Soccorso o di analoga struttura o certificazione medica da cui risulti l'accadimento e gli eventuali danni subiti.

Entro 10 giorni dalla ricezione della documentazione, la Compagnia informa l'interessato della avvenuta ricezione e dell'eventuale necessità di integrazione, circostanziando esattamente la richiesta di ulteriore documentazione. Eventuali richieste di integrazione documentale inviate dalla Compagnia oltre tale data saranno da ritenersi irricevibili e la richiesta di rimborso dovrà essere considerata completa e liquidabile.

Il rimborso viene corrisposto all'Assicurato anche per le spese che riguardano altri componenti il nucleo familiare assicurato.

La Società effettua il rimborso entro 30 giorni dalla ricezione della suddetta documentazione completa.

Verrà applicata una penale di € 100 al giorno (corrisposta per il 50% all'Assicurato e per il 50% al Contraente) da applicare ad insindacabile giudizio dell'Assicurato o del Contraente - che ne farà richiesta all'ufficio reclami - dal trentunesimo giorno solare (*o in base alla tempistica indicata in sede di offerta tecnica*) dalla data della richiesta di rimborso correttamente istruita.

I rimborsi verranno eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni rese note dalla Banca d'Italia.

Il rimborso per la parte spettante all'Assicurato avviene mediante accredito sul conto corrente bancario dello stesso, mentre per la parte spettante al MAECI potrà essere corrisposta, su richiesta della stessa Amministrazione, tramite compensazione in sede di regolazione.

Art. 4 - Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, le parti interessate (Società e Assicurato) si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un contraddittorio tra il medico dell'Assicurato e quello della Società.

In caso di mancato accordo tra i due medici si procederà, con scrittura privata, a nominare quale terzo arbitro un medico designato dal Ministero della Salute; il collegio medico così costituito si riunisce a Roma.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 5 - Forma delle comunicazioni dell'Assicurato alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato è tenuto devono essere effettuate a mezzo posta elettronica.

Art. 6 - Altre Assicurazioni

Gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo previsto dall'art. 1910 del Codice Civile di denunciare alla Società le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero con altre Società. L'eventuale coesistenza di altre polizze che assicurano gli stessi rischi non ha influenza sulla presente assicurazione, il cui indennizzo viene in ogni caso liquidato nella misura stabilita in polizza, salvo che il dipendente non abbia già ottenuto il rimborso da altra Compagnia.

Art. 7 - Clausola Broker

Il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla Aon S.p.A., in qualità di Broker, ai sensi dell'art. 109 del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i. e del contratto repertorio n. 2996 del 03.04.2017.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società da atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente stesso.

La Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi sia effettuato tramite il Broker sopra designato, con le eccezioni previste dalla norma e dall'art. 10 del contratto sopra menzionato. Ai sensi della normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art. 55 del Regolamento ISVAP n. 05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi per conto della Società. In applicazione del 1° comma del predetto art. 118, resta intesa l'efficacia liberatoria del pagamento dei premi del Contraente al Broker.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico.

Il servizio del Broker è remunerato dalla Società, in conformità alla prassi di mercato, nella misura del 4% da applicarsi ai premi imponibili della presente polizza.

Si prende altresì atto che qualora venga meno nel corso della validità della presente polizza il contratto di brokeraggio assicurativo stipulato dal Contraente con il broker Aon S.p.A., il Contraente stesso comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del servizio di intermediazione assicurativa, che gestirà la presente polizza alle medesime condizioni giuridiche ed economiche fino alla scadenza naturale della stessa, e la Società ne prenderà atto con l'emissione di apposita Appendice di polizza.

Art. 8 - Interpretazione del contratto

In caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente e all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni di assicurazione.

SEZIONE IV – CONDIZIONI PARTICOLARI PER LA SEDE DI BAGHDAD

In considerazione delle particolari condizioni socio-politiche proprie della Sede di Baghdad e dell'inesistenza, all'interno della zona internazionale della città (c.d. "zona verde") ove è ubicata la Rappresentanza diplomatico-consolare italiana, di strutture sanitarie attrezzate per interventi salvavita, le coperture relative a ricoveri, interventi chirurgici o servizi ambulatoriali diretti a salvare la vita, gli arti o la vista sono estese alle prestazioni offerte dalle strutture ospedaliere americane come indicate nell'apposito Memorandum of Agreement (MOA) annualmente sottoscritto e/o rinnovato con scambio di note o mediante altra forma di comunicazione dall'Ambasciata americana e dall'Ambasciata italiana in Baghdad in favore del personale in servizio nella Sede.

Tali prestazioni vengono effettuate senza l'applicazione di scoperti o franchigie, nei limiti dei massimali per assicurato/nucleo familiare previsti agli artt. 6 e 7 della Sezione I.

Le spese per tali prestazioni verranno sostenute direttamente dalla Rappresentanza Diplomatico-consolare italiana che ne chiederà il rimborso alla Società sulla base delle fatture emesse da parte americana.

Per le spese mediche per infortuni o malattie diverse da quelle previste dal MOA e volte a salvare vita, arti o vista restano confermate le condizioni di garanzia, i massimali, le franchigie e gli scoperti previsti dalla presente Polizza Convenzione, nonché le relative modalità di rimborso.

Qualora tale circostanza si verificasse anche in altra sede della rete diplomatico consolare, la Stazione Appaltante si impegna a darne notizia all'Assicuratore che estenderà tale clausola anche a quest'ultima.

SEZIONE V
POLIZZE AGGIUNTIVE A TOTALE CARICO DELL'ASSICURATO

Art. 1 - Inclusione di assicurati diversi da quelli compresi nella definizione di Nucleo Familiare.

Alle condizioni normative di garanzia previste dalla presente Polizza Convenzione è data facoltà all'Assicurato, titolare-iscritto alla stessa Polizza Convenzione, di estendere la copertura Rimborso Spese di Cura ed Assistenza ad altri soggetti non rientranti nella definizione di Nucleo Familiare di cui all'art. 1 - Sezione I, con costo a proprio totale carico secondo le seguenti modalità:

PERSONE ASSICURATE: i familiari dell'Assicurato-titolare diversi dalle persone indicate nella definizione di Nucleo Familiare (art. 1 – Sez. I della Polizza Convenzione) intesi quali coniuge e figli *non a carico e/o non conviventi*, convivente *more uxorio*, eventuali conviventi a carico, genitori, fratelli e/o sorelle nonché il personale domestico tutti effettivamente conviventi nella stessa Sede estera con l'Assicurato-titolare che si obbliga pertanto a trasmettere, unitamente alla relativa modulistica per l'inclusione, anche il relativo stato di famiglia o autocertificazione di convivenza.

MASSIMALI ASSICURATI PER LE PRESTAZIONI PREVISTE DALLA POLIZZA CONVENZIONE: i massimali previsti per anno e nucleo familiare dalla presente Polizza Convenzione si intendono estesi anche alle persone conviventi con l'assicurato-titolare presso la Sede estera e dichiarate nel modulo di adesione facoltativa.

ETA' MASSIMA DI INGRESSO: 79anni.

ETA' MASSIMA ASSICURABILE: 80 anni. Per gli assicurati che tuttavia raggiungono tale limite di età, l'assicurazione cessa alla scadenza annuale indicata in ciascun Certificato di Assicurazione.

PREMI ASSICURATIVI

Il premio annuo per ciascuna persona assicurata e rientrante nella presente copertura è fissato secondo la seguente tabella:

FASCE DI ETA' (età effettiva alla data di adesione/rinnovo)	PREMIO LORDO ANNUALE €
Fino a 17 anni	35% del premio pro-dipendente (art. 1 – sez. III)
Dai 18 anni ai 34 anni	40% del premio pro-dipendente (art. 1 – sez. III)
Dai 35 anni ai 49 anni	65% del premio pro-dipendente (art. 1 – sez. III)
Dai 50 anni ai 64 anni	100% del premio pro-dipendente (art. 1 – sez. III)
Dai 65 anni ai 79 anni	125% del premio pro-dipendente (art. 1 – sez. III)

Per le inclusioni dei soggetti di cui alla presente Polizza Aggiuntiva il premio da pagare per ciascun nuovo assicurato sarà pari al 100% per una durata superiore a 6 mesi, ed al 50% per una durata fino a 6 mesi rispetto alla data di scadenza indicata nel Certificato di Assicurazione dell'Assicurato dipendente della PA in servizio all'estero.

Art. 2 - Delegazioni Diplomatiche Speciali – ad adesione facoltativa.

È data inoltre facoltà al personale in missione di lunga durata in sedi inquadrato come Delegazioni diplomatiche speciali di acquistare la copertura alle stesse condizioni economiche e normative dei dipendenti aventi diritto con pagamento del premio a proprio carico.

- Personale già in missione alla data di decorrenza del Piano Sanitario: il dipendente potrà manifestare e perfezionare con il pagamento del premio l'adesione al Piano Sanitario:
 - entro 60 giorni dalla data di decorrenza del Piano Sanitario. In tal caso la copertura sarà efficace dalla data di effetto del Piano (30.06.2022);
 - entro 30 giorni dalla fine copertura di preesistente polizza sanitaria di cui il dipendente dimostri di essere stato in possesso;
 - entro il 31 gennaio di ogni annualità diversa dalla prima.

Il dipendente potrà estendere la copertura al nucleo familiare solo se al seguito.

- Personale che inizia la missione successivamente alla data di decorrenza del Piano sanitario: il dipendente potrà manifestare e perfezionare con il pagamento del premio l'adesione al Piano Sanitario:
 - entro 45 giorni dalla data di inizio della missione;
 - entro 30 giorni dalla fine copertura di preesistente polizza sanitaria di cui il dipendente dimostri di essere stato in possesso.
 - entro 31 gennaio di ogni annualità diversa dalla prima.

Il dipendente potrà estenderla al nucleo familiare solo se al seguito.

In ogni caso, il dipendente corrisponderà alla Società, tramite il broker, il premio annuo (singolo o nucleo) che non sarà frazionabile per i mesi di effettiva copertura

SEZIONE VI – CONDIZIONI GENERALI NEI RAPPORTI TRA CONTRAENTE E SOCIETÀ

Art. 1 - Recesso in caso di sinistro

Non è ammesso il recesso della Società dalla presente Polizza Convenzione o da garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, a seguito di ogni sinistro.

Art. 2 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società si obbliga a fornire al Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale per il tramite del Broker, con cadenza semestrale, ed entro 45 (quarantacinque) giorni dal periodo di osservazione un tabulato riepilogativo dei sinistri denunciati specificando per ognuno:

- numero del sinistro della Società
- garanzia interessata (Ricoveri con intervento chirurgico – senza intervento chirurgico- prestazioni specialistiche – prestazioni extraospedaliere – assistenza – ecc.)
- data di accadimento
- stato del sinistro (“in trattativa”, “liquidato”, “chiuso senza seguito”)
- importo a riserva
- importo liquidato e data della liquidazione

Nel tabulato riepilogativo di fine annualità assicurativa l'Impresa indicherà, sempre entro 45 giorni dalla fine del periodo:

- numero totale dei sinistri “a riserva” / “liquidati” / “senza seguito”
- importo totale “liquidato”, “a riserva”, suddiviso per garanzia
- importo totale “liquidato”, “a riserva”.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate o in date successive alla scadenza del 01.01.2026. Tali obblighi sussistono anche nel caso di recesso anticipato da parte della Società o del Contraente e decorrono dalla data di notifica del recesso.

La Società si obbliga a fornire al Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale per il tramite del Broker – entro 30 giorni dalla richiesta – il numero complessivo di aderenti suddiviso per anno e per tipologia (“nucleo composto dal solo dipendente” e “nucleo composto dal dipendente e dai familiari a carico”) nonché le “inclusioni di familiari non a carico”.

Art. 3 - Coassicurazione e delega

In deroga all'art. 1911 del Codice Civile, qualora l'Assicurazione sia divisa per quote diverse fra Società Coassicuratrici, in caso di sinistro la Delegataria sarà tenuta ad assolvere, in ogni caso, direttamente e per l'intero tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del Contraente e degli aventi diritto, inclusa la liquidazione per l'intero importo dei sinistri. È esclusa ogni responsabilità solidale fra le Società Coassicuratrici.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto ad Aon S.p.A. e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dalla Aon S.p.A. la quale tratterà con la Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, debbono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite dell'Impresa all'uopo designata quale coassicuratrice Delegataria. Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le coassicuratrici.

Ogni modifica del contratto che richieda una nuova stipulazione scritta impegna ciascuna di esse dopo

la firma dell'atto relativo, anche da parte della sola Delegataria.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune, fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La Società Delegataria sotto indicata dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto. Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente Polizza Convenzione.

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza, nei limiti consentiti dalla vigente normativa, debbono essere concordate tra le parti e approvate per iscritto.

La Società si impegna a fornire tempestivamente concreti elementi di riscontro in merito ad eventuali esigenze che le vengano segnalate dal Contraente.

Art. 5 - Penali

Il contraente si riserva la facoltà di applicare le penali di seguito specificate in caso di inadempimento, di non corretto adempimento anche di obblighi strumentali, ovvero di ritardo nell'adempimento.

In relazione ai servizi di assistenza sanitaria:

- per le prestazioni in convenzione diretta, in caso di mancata risposta (autorizzazione o motivato diniego) entro i termini stabiliti dall'art. 3.1 Assistenza Diretta del capitolato, la penale è pari a euro 1.000,00;
- per le prestazioni in forma indiretta, in caso di mancato rispetto dei termini fissati dall'art. 3.2 Assistenza Indiretta del capitolato, la penale, per ogni giorno di ritardo, è pari all'1 per mille dell'importo richiesto a rimborso con un minimo di euro 50,00;
- per entrambe le tipologie di prestazioni, nel caso in cui risultino palesemente generiche, ovvero nel caso in cui risultino insussistenti o infondate le ragioni poste a fondamento del diniego, la penale è pari a euro 1.000,00;

In relazione ai servizi di trasferimento sanitario:

- in caso di mancata autorizzazione entro il termine indicato dall'art. 1 lettera F della Sezione II del capitolato la penale è pari a euro 1.000,00;

In relazione agli obblighi di reportistica:

- in caso di violazione dei termini previsti dall'art. 2 della presente Sezione, la penale è pari ad euro 1.000,00 per ogni singolo inadempimento o ritardo.

L'ammontare complessivo delle penali non potrà comunque superare il 10% del valore contrattuale.

Le penali verranno comminate previa valutazione delle circostanze che hanno determinato gli inadempimenti o i ritardi nell'adempimento e delle eventuali motivazioni addotte dalla Società a giustificazione degli stessi.

Il credito derivante dall'applicazione delle penali potrà essere in tutto o in parte compensato dal Contraente con il corrispettivo dovuto alla Società per le prestazioni contrattuali. Altrimenti dovranno essere versate entro 30 giorni naturali, successivi e continui dalla data in cui il MAECI comunica l'applicazione delle specifiche penali.

Resta ferma la possibilità di risolvere il contratto ai sensi dell'art. 6 seguente.

Art. 6 - Clausola risolutiva espressa.

Il Contraente si riserva la facoltà di avvalersi della risoluzione di diritto del contratto ai sensi dell'art. 1456 cod. civ., senza che da tale risoluzione possano comunque conseguire per la Società diritti o pretese di sorta all'infuori di quanto dovuto per l'esecuzione delle prestazioni fino alla data di risoluzione, fermi restando la responsabilità della Società per i danni causati alla Stazione Appaltante e il diritto del MAECI di escutere la cauzione, qualora:

- venga meno anche uno solo dei requisiti della rete di strutture mediche convenzionate;
- si verificano inadempimenti o ritardi nell'esecuzione delle prestazioni che comportino complessivamente l'applicazione di penali per un importo superiore al 10% del valore del contratto di cui all'art. 5;
- si verifichi la perdita in capo alla Società dei requisiti di cui agli artt. 7 e 8 del Disciplinare di gara;

Ai sensi di legge costituiscono altresì cause di risoluzione del presente contratto:

- le ipotesi di cui all'art. 108 del D.lgs. n. 50/2016;
- il mancato utilizzo, nelle operazioni di incasso o pagamento ad esso inerenti, del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni ai sensi dell'art. 3, comma 9 bis, della legge n. 136/2010 e s.m.i.;
- l'ipotesi di cui all'art. 94, comma 2, del D.lgs. n. 159/2011;
- il verificarsi dell'ipotesi di cui all'art. 92, comma 3, del D.lgs. n. 159/2011;
- il contratto è inoltre sottoposto alla condizione risolutiva correlata all'esito delle verifiche antimafia, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.L. 16 luglio 2020, n. 76, conv. con L. 11 settembre 2020, n. 120.

La risoluzione sarà comunicata a mezzo raccomandata a.r. o con strumenti elettronici equivalenti e non comporterà alcun obbligo di indennizzo e/o risarcimento.

Art. 7 - Tracciabilità dei flussi finanziari

Il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, la Società, gli Assicurati e il broker assumono, per la gestione del presente contratto, gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'art. 3 della Legge del 13 agosto 2010 n. 136.

Art. 8 - Foro competente

Le controversie relative alla presente Polizza Convenzione sono devolute alla giurisdizione esclusiva del **Foro di Roma**.

Art. 9 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 10 - Disposizione Finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le Condizioni di Assicurazione riportate nel presente Capitolato speciale di Polizza, CIG 9178954875.

La firma apposta dal Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale su moduli a stampa forniti dalla Società vale solo quale presa d'atto del premio, dell'indicazione della Società che fornirà le prestazioni di Assistenza di cui alla Sezione II e della eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

RIEPILOGO DELLE MIGLIORIE

POLIZZA ASSISTENZA SANITARIA E RIMBORSO SPESE MEDICHE

OFFERTA TECNICA 80 punti

Si precisa che le strutture ed i medici devono essere conteggiati una sola volta per ogni partita iva a prescindere dalle specializzazioni che possono essere effettuate nella struttura

Voce	Elemento di valutazione	Da compilare a cura dell'offerente	Punti assegnati
Istituti di cura convenzionati in ASIA	50 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 51 a 150	<input type="checkbox"/>	2
	Da 151 a 300	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 300 strutture	<input type="checkbox"/>	7
Istituti di cura convenzionati nel SUD AMERICA	50 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 51 a 100	<input type="checkbox"/>	2
	Da 101 a 150	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 150	<input type="checkbox"/>	7
Istituti di cura convenzionati in AMERICA CENTRALE	40 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 41 a 100	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 100	<input type="checkbox"/>	7
Istituti di cura convenzionati in AFRICA	15 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 16 a 50	<input type="checkbox"/>	10
	Oltre 50	<input type="checkbox"/>	20
Istituti di cura convenzionati in AUSTRALIA	10 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 11 a 40	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 40	<input type="checkbox"/>	7
Centri diagnostici convenzionati in ASIA	100	<input type="checkbox"/>	1
	Da 101 a 200	<input type="checkbox"/>	2
	Da 201 a 500	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 500	<input type="checkbox"/>	6
Centri diagnostici convenzionati nel SUD AMERICA	50	<input type="checkbox"/>	1
	Da 51 a 100	<input type="checkbox"/>	2
	Da 101 a 150	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 150	<input type="checkbox"/>	6
Centri diagnostici convenzionati in AMERICA CENTRALE	10	<input type="checkbox"/>	2
	Da 11 a 50	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 50	<input type="checkbox"/>	6
Centrale Operativa per attivazione assistenza diretta h24 / 7su7	NO	<input type="checkbox"/>	0
	SI	<input type="checkbox"/>	8
Riduzione tempi di liquidazione delle pratiche a rimborso	30 giorni (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	15 giorni	<input type="checkbox"/>	4
	< 7 giorni	<input type="checkbox"/>	6