



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

Polizza Convenzione ad adesione facoltativa relativa 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 1, del DPR 5 gennaio 1967 n. 18

C.I.G. 7564685F87

Servizi assicurativi per il triennio 01.01.2019 – 31.12.2021

Capitolato speciale
Lotto 2

**CAPITOLATO POLIZZA CONVENZIONE ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE DI CURA ED
ASSISTENZA – LOTTO N. 2**

Polizza Convenzione ad adesione facoltativa relativa 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 1, del DPR 5 gennaio 1967 n. 18

C.I.G. 7564685F87

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 1, del DPR 18/1967, così come modificato dall'articolo 21, comma 1, del D. Lgs. 62/1998 ha inteso garantire il rimborso nel limite dell'85% delle spese connesse alla stipula di 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 00.00 del: 01/01/2019
Alle ore 24.00 del: 31/12/2021

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 delle applicazioni di copertura	' pag. 7
Art.5	Massimali	' pag. 8
Art.6	Prestazioni garantite	' pag. 9
Art.7	Prosecuzione della garanzia oltre la scadenza dell'applicazione di copertura	' pag. 12
Art.8	Prestazioni escluse	' pag. 12

SEZIONE II – CONDIZIONI AGGIUNTIVE OPERANTI

Art.1	Prestazioni	
	A) Prestazioni di assistenza	pag. 14
	B) Assistenza diretta mediante rete convenzionata per “ricoveri o interventi chirurgici” nonché per “prestazioni extra ricovero”	pag. 16

SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Art. 1	Premi assicurativi	pag. 18
Art. 2	Imposte	pag. 18
Art. 3	Adempimenti dell'assicurato	pag. 18
Art. 4	Modifiche /Rinnovo dei certificati	pag. 19
Art. 5	Criteri e modalità di liquidazione	pag. 19
Art. 6	Controversie	pag. 20
Art. 7	Forma delle comunicazioni dell'Assicurato alla Società	pag. 20
Art. 8	Altre assicurazioni	pag. 20
Art. 9	Clausola Broker	pag. 21
Art. 10	Interpretazione del contratto	pag. 21

SEZIONE IV - CONDIZIONI PARTICOLARI PER LA SEDE DI BAGHDAD

pag. 22

SEZIONE V - POLIZZA AGGIUNTIVA

Art. 1	Ambito di operatività del contratto	pag. 23
Art. 2	Premi assicurativi	pag. 23

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

Art. 1	Durata e proroga della presente Polizza Convenzione	pag. 25
Art. 2	Recesso in caso di sinistro	pag. 25
Art. 3	Clausola broker	pag. 26
Art. 4	Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio	pag. 26
Art. 5	Coassicurazione e delega	pag. 26
Art. 6	Modifiche dell'assicurazione	pag. 27

Art. 7	Interpretazione del contratto	pag. 27
Art. 8	Penali	pag. 27
Art. 9	Tracciabilità dei flussi finanziari	pag. 28
Art. 10	Foro Competente	pag. 28
Art. 11	Rinvio alle norme di legge	pag. 28
Art. 12	Disposizione finale	pag. 28

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	Il dipendente della Pubblica Amministrazione nei cui confronti operano le coperture di cui alla presente Polizza Convenzione e che si impegna a corrispondere alla Società il relativo premio, di cui può chiedere il rimborso all'Amministrazione di riferimento nella misura dell'85% di quanto pagato, ai sensi dell'art. 211 del DPR 18/1967.
Nucleo Familiare	Ai sensi dell'art. 211 del D.P.R. 18/1967, il dipendente della Pubblica Amministrazione e, se assicurati, il coniuge ed i figli, purché a carico e conviventi nella stessa Sede estera del dipendente titolare, come individuati dagli artt. 170 e 173 del DPR 18/1967. Sono equiparati al coniuge le parti riferite alle unioni civili ed alle coppie di fatto ai sensi della legge 76/2016 purché a carico e conviventi nella stessa Sede estera del dipendente titolare.
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 dall'Assicurato 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, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente od una inabilità

	temporanea.
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.
SSN	Servizio Sanitario Nazionale.
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 su base volontaria a favore delle seguenti persone:

Categoria A) dei dipendenti della Pubblica Amministrazione e, se assicurati, dei relativi Nuclei Familiari, con Sede di servizio all'estero ai sensi dell'art. 211 del D.P.R. 18/1967 e successive modifiche e/o integrazioni;

Categoria B) dei dipendenti della Pubblica Amministrazione con Sede di servizio all'estero in assegnazione breve, ai sensi dell'art. 211 del D.P.R. 18/1967 e della circolare MAE n. 5 del 22 novembre 2013;

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.

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;
- 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 DPR 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 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 delle applicazioni di copertura

Relativamente alla **categoria A**), la copertura assicurativa per ogni Nucleo Familiare assicurato ha la durata di 1 (un) anno con effetto dalla data indicata sul Certificato di Assicurazione che verrà rilasciato a norma dell'art. 1 delle Condizioni Particolari di Assicurazione di cui alla successiva Sezione III. Non è ammesso il tacito rinnovo.

In caso di disdetta della presente Polizza Convenzione o di scadenza naturale della stessa, la copertura

assicurativa resterà in vigore fino alla scadenza indicata su ogni singolo Certificato di Assicurazione.

Relativamente alla **categoria B**), la copertura assicurativa per il singolo dipendente ha durata di 180 (centottanta) giorni dalla data indicata sul Certificato di Assicurazione che verrà rilasciato a norma dell'art. 1 delle Condizioni Particolari di Assicurazione di cui alla successiva Sezione III. Non è previsto il tacito rinnovo. In caso di prolungamento dell'assegnazione in servizio all'estero, per ottenere l'estensione della copertura assicurativa per ulteriori 180 (centottanta) giorni, l'Assicurato è tenuto a avanzare richiesta di rinnovo alla Società per il tramite del Broker entro e non oltre le 48 (quarantotto) ore precedenti la scadenza del certificato.

In caso di disdetta della Polizza Convenzione o di scadenza naturale della stessa, la copertura assicurativa resterà in vigore fino alla scadenza indicata su ogni singolo Certificato di Assicurazione.

Si precisa altresì che la copertura assicurativa sarà garantita fino alla data di scadenza (annuale o semestrale in base alla categoria assicurata) indicata nei singoli Certificati di Assicurazione, alle condizioni previste dalla presente Polizza Convenzione e sulla base del premio corrisposto dagli Assicurati, anche qualora si verifichi una delle seguenti circostanze:

- il servizio presso la Sede estera cessi prima della scadenza del certificato e l'Assicurato rientri in Italia (vedasi il precedente art. 3 per le garanzie operanti in Italia);
- l'Assicurato si trasferisca da una Sede estera ad altra Sede di servizio estera ove viene erogata l'assistenza sanitaria in forma diretta; in tal caso la copertura opera garantendo il rimborso dell'eventuale quota di compartecipazione dell'Assicurato alla spesa sanitaria (ticket o analogo) richiesta nel Paese in cui si presta servizio;
- cessazione del rapporto di lavoro dell'Assicurato con l'Amministrazione;
- decesso dell'Assicurato, qualora risultino assicurati anche i familiari conviventi presso la stessa Sede estera.

Art. 5 - 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**.

Pertanto, fatti salvi gli eventuali sottolimiti dettagliati al successivo art. 6:

- le garanzie per **ricoveri presso ospedali o altri istituti o case di cura**, di cui al successivo art. 6 lettera A. sono prestate fino a concorrenza della complessiva somma di € 400.000,00 per Nucleo Familiare ed anno assicurativo;

- le garanzie per **prestazioni extra ricovero**, di cui al successivo art. 6 lettera B sono prestate fino a concorrenza della complessiva somma di € 10.000,00 per Nucleo Familiare ed anno assicurativo;

- le garanzie per **prestazioni specialistiche**, di cui al successivo art. 6 lettera C, sono prestate fino a concorrenza della complessiva somma di € 7.500,00 per Nucleo Familiare ed anno assicurativo;

- le garanzie per **protesi ortopediche**, di cui al successivo art. 6 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. 6 – 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 € 15.000,00 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 tre ecografie nell'intero arco della gravidanza.

In caso di parto cesareo ed aborto terapeutico vale il massimale garantito al precedente art. 5, con riferimento alle prestazioni di cui al presente art.6 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. 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;
2. per le rette di degenza, il rimborso integrale viene effettuato fino a concorrenza di € 260,00 giornaliere. Sull'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 Servizio Sanitario Nazionale, 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 € 10.000,00 - da intendersi quale massimale annuo e per nucleo familiare, così come definito al precedente art. 5 - 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.

C. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

La Società rimborsa 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 rimborsate 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.

Le garanzie di cui alla presente lettera C. vengono accordate fino a concorrenza della complessiva somma di € 7.500,00 - da intendersi quale massimale annuo e per nucleo familiare, così come definito al precedente art. 5 - 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.

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.

Art. 7 - 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. 8 - 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. 6 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. 6 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 _____, 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 _____ 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.

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'equipe 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'equipe 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 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, 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, nel solo caso di violazione degli obblighi e dei 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) Decesso all'estero

In caso di decesso all'estero dell'Assicurato o di un membro del suo Nucleo Familiare, la Centrale Operativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia tenendo a proprio carico le relative spese. Sono incluse in tale importo anche le spese sostenute per il viaggio dell'eventuale familiare accompagnatore del feretro.

i) 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.

<p>B) ASSISTENZA DIRETTA MEDIANTE RETE CONVENZIONATA PER “RICOVERI O INTERVENTI CHIRURGICI” NONCHE’ PER “PRESTAZIONI EXTRA RICOVERO”</p>

Per le garanzie di cui alla lettera A. ed alla lettera B. dell'art. 6 - 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. 6 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. 50 in America Centrale, n. 10 in Australia ed almeno alcune presenze di riferimento in Africa.

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) ed alla lettera B dell'art. 6 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. 6 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) ed alla lettera B dell'Art. 6 Sezione I della presente polizza.

Il servizio di Assistenza Diretta mediante Rete convenzionata non si applica alle Prestazioni di cui alla lettera C "Prestazioni Specialistiche" dell'Art. 6 – Sezione I.

Le garanzie relative all'assistenza diretta per Ricoveri e per le Prestazioni Extra Ricovero verranno prestate tramite la Centrale Operativa _____ Via _____, città _____, chiamando il nr dedicato _____, alla quale l'Assicurato dovrà rivolgersi per la prenotazione e per acquisire la relativa autorizzazione, attenendosi alle istruzioni e disposizioni dell'operatore. 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.

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.

La Società provvederà ad emettere i Certificati di Assicurazione corrispondenti alle richieste di adesione correttamente pervenute ai sensi del successivo art. 3 della presente Sezione.

Si precisa che eventuali esclusioni di familiari assicurati che intervengano nel corso della validità annuale del Certificato di Assicurazione non daranno luogo a rimborso del premio, che si considera pertanto acquisito dalla Società.

Categoria B)

Il premio per ogni dipendente assicurato per la durata di 180 giorni, per l'insieme delle prestazioni di cui alle Sezioni I e II, è stabilito in:

€ _____ = **comprensivo di imposte,**

pari al 50% del premio annuo per dipendente singolo.

La Società provvederà ad emettere i Certificati di Assicurazione corrispondenti alle richieste di adesione correttamente pervenute ai sensi del successivo art. 3 della presente Sezione.

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 dell'Assicurato e costituiscono parte del premio assicurativo lordo corrisposto dall'Assicurato stesso.

Art. 3 – Adempimenti dell'Assicurato

L'adesione al programma assicurativo da parte dei dipendenti aventi diritto alla presente Polizza Convenzione è assolutamente libera e viene perfezionata su base volontaria mediante la richiesta di emissione di "Certificati di Assicurazione".

Tali Certificati, inviati tramite il broker Aon S.p.A. – filiale di Roma in copia all'Assicurato e in originale all'Ente che provvede al rimborso dell'85% del premio ai sensi dell'art. 211 del DPR 18/1967, costituiranno parte integrante della Polizza Convenzione, il cui articolato normativo deve essere considerato integralmente esteso e richiamato nei suddetti Certificati.

L'Assicurato dovrà notificare la propria adesione alla presente polizza al Broker Aon Spa – filiale di Roma con posta elettronica all'indirizzo e-mail sanitaria.maeci@aon.it o telefax da inviare al numero 06/77276275.

La notifica della copertura dovrà avvenire utilizzando esclusivamente i moduli di adesione e/o rinnovo predisposti, sui quali l'Assicurato indicherà tutti gli elementi necessari all'individuazione della categoria di appartenenza, del nucleo familiare assicurato e della data di decorrenza richiesta che non potrà avere effetto retroattivo rispetto alla data di invio di detti moduli.

Unitamente al modulo di adesione e/o rinnovo, l'Assicurato dovrà trasmettere al broker Aon S.p.A. di Roma la copia dell'ordine di bonifico effettuato per l'importo del premio stabilito dalla presente polizza e il proprio documento di riconoscimento, secondo le modalità indicate nei moduli stessi.

In parziale deroga all'art. 1901 del Codice Civile le garanzie saranno valide anche se il premio sarà corrisposto entro i 15 (quindici) giorni successivi alla data di trasmissione del modulo di adesione.

Se l'Assicurato non paga il premio nei termini predetti l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Si precisa che la copertura assicurativa prestata dalla presente polizza non potrà avere effetto prima della data di partenza per la Sede di lavoro all'estero, anche se il premio è stato pagato dall'Assicurato anticipatamente rispetto a detta data.

L'Assicurato assume a proprio carico gli oneri dell'elencazione nominativa dei familiari aventi diritto come previsto dall'art. 1 – Sezione I, con l'indicazione della data di nascita nonché degli aggiornamenti relativi ad ingressi e uscite dall'assicurazione, restando esonerata la Società in merito a dichiarazioni dello stesso che possano risultare errate o false.

In particolare, per l'inclusione del coniuge o altro componente del nucleo familiare a carico l'Assicurato dovrà:

- in caso di matrimonio, inviare al broker Aon S.p.A. di Roma copia del certificato di matrimonio **entro 60 gg.** dalla celebrazione dello stesso; in tal caso la garanzia opera con decorrenza dalla data del matrimonio. Diversamente la garanzia prenderà effetto dalla successiva scadenza annuale;
- negli altri casi, dare comunicazione preventiva al broker della richiesta di inclusione del familiare; fermo restando quanto già previsto per i nuovi nati all'art. 6 lettera A. 3) della Sezione I, la garanzia viene estesa ai familiari che si trasferiscano nel corso dell'annualità assicurativa nella Sede estera dell'Assicurato, dalla data di trasferimento comunicata al broker;
- corrispondere l'eventuale differenza del premio per l'estensione al Nucleo Familiare, come indicato al precedente art. 1- Sez. III.

Art. 4 – Modifiche/Rinnovo dei certificati

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dalla presente Polizza Convenzione potrà essere introdotta e/o imposta dalla Società ai singoli Certificati, se non in base ad apposita modifica alla Polizza Convenzione stessa, precedentemente accettata dalla Società e dal Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.

Nel caso di disdetta della presente Polizza Convenzione, i singoli Certificati di Assicurazione conservano validità fino alla data di scadenza indicata nei Certificati stessi e cessano ogni operatività a detta data.

Art. 5 - Criteri e modalità di liquidazione

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, nei limiti previsti dalla presente Polizza Convenzione, l'Assicurato deve inviare la relativa richiesta alla Società, utilizzando l'apposito modulo, 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 specificata nel modulo stesso. 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.

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

La Società effettua il rimborso entro 45 giorni dalla ricezione della suddetta documentazione.

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 avviene mediante accredito sul conto corrente bancario indicato dall'Assicurato nel modulo di richiesta di rimborso.

Art. 6 - 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. 7 - Forma delle comunicazioni dell'Assicurato alla Società

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

Art. 8 - 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.

Art. 9 – 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 SpA, 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. 10 - Interpretazione del contratto

In caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole 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. 5 e 6 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.

SEZIONE V - POLIZZA AGGIUNTIVA
a totale carico dell'Assicurato per l'inclusione di assicurati diversi da quelli compresi nella
definizione di Nucleo Familiare

Art. 1 – Ambito di operatività del contratto

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, figli, e convivente *more uxorio non 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.
- **OPERATIVITA' DELLE GARANZIE:** i soggetti che aderiscono alla presente Polizza Aggiuntiva, di età superiore a 50 anni, devono obbligatoriamente compilare e sottoscrivere il Questionario Anamnestico unitamente alla modulistica per l'adesione, da trasmettere al broker Aon Spa di Roma a mezzo email all'indirizzo sanitaria.maeci@aon.it o telefax al n. 06/77276275 ; per le patologie dichiarate nel detto Questionario la copertura assicurativa sarà operante alle condizioni della presente polizza, ma con un periodo di carenza di 120 giorni dal giorno di decorrenza dell'adesione.
- **ETA' MASSIMA DI INGRESSO:** 74 anni.
- **ETA' MASSIMA ASSICURABILE:** 75 anni. Per gli assicurati che tuttavia raggiungono tale limite di età, l'assicurazione cessa alla scadenza annuale indicata in ciascun Certificato di Assicurazione.

Art. 2 – 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 18 anni	35% del premio pro-dipendente (art. 1 – sez. III)
Oltre 18 fino a 35 anni	40% del premio pro-dipendente (art. 1 – sez. III)
Oltre 35 fino a 50 anni	65% del premio pro-dipendente (art. 1 – sez. III)
Oltre 50 fino a 60 anni	100% del premio pro-dipendente (art. 1 – sez. III)
Oltre 60 e fino a 74 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.

SEZIONE VI – CONDIZIONI GENERALI NEI RAPPORTI TRA CONTRAENTE E SOCIETÀ

Art. 1 – Durata e proroga della presente Polizza Convenzione

La presente Polizza Convenzione ha durata di tre anni, suddivisi in periodi di rinnovo annuale tacitamente prorogati, con decorrenza dalle ore 00.00 dell'01.01.2019 e fino alle ore 24.00 del 31.12.2021, e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta da ambo le Parti.

È facoltà del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la naturale scadenza, richiedere alla Società la proroga 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.

Al Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale è concessa la facoltà di risolvere la presente Polizza Convenzione ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata R.R. o PEC da inviarsi due mesi prima della suddetta scadenza. La Società ha la facoltà di rescindere il contratto medesimo ad ogni scadenza annuale, mediante comunicazione scritta da inviarsi al Contraente almeno 180 (centoottanta) giorni prima della scadenza del periodo assicurativo annuo in corso.

Il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale si riserva la facoltà, in qualsiasi momento, di risolvere o di richiedere la modifica della presente Polizza Convenzione in caso di abrogazione o revisione dell'articolo 211 del DPR 18/1967.

Resta salvo quanto previsto dall'art. 4 - Sezione I e dall'art. 3 - Sezione III in merito ai singoli Certificati di Assicurazione ed alla loro durata, anche nei casi di automatica risoluzione e di proroga della presente Polizza Convenzione.

La Società provvederà, con periodicità mensile, ad emettere appendice di quietanza contabile con la suddivisione degli assicurati per ente di riferimento ed i Certificati di Assicurazione corrispondenti alle richieste di adesione correttamente pervenute ai sensi dell' art. 3 della Sezione III.

Art. 2 - 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. 3 – 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., qualità di Broker, ai sensi dell'art. 109 del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i..

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 fatto tramite il Broker sopra designato. 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. 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.

L'opera del Broker è remunerata, in conformità alla prassi di mercato, dalla Società 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 MAECI con il sopra citato Broker, il MAECI stesso comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del predetto servizio.

Art. 4 - 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 31.12.2021. 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. 5 - 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. 6 - Modifiche dell'assicurazione

La Polizza Convenzione e le sue eventuali modifiche devono essere 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. 7 - Interpretazione del contratto

In caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali prevarrà l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

La Società si impegna a riscontrare eventuali quesiti interpretativi che le vengano sottoposti dal Contraente (MAE) entro 5 (cinque) giorni lavorativi.

Art. 8 – Penali

Qualora la Società non dia riscontro alle richieste del Contraente nei termini di cui all'art. 4 della presente Sezione, si applicherà una penale pari ad € 500 per ogni giorno di ritardo, a valere sulla cauzione definitiva. Le penali dovranno essere versate nel termine di 30 giorni naturali, successivi e continui dalla data in cui il MAECI comunica l'applicazione delle specifiche penali. Decorso tale termine, il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale potrebbe provvedere, senza necessità di messa in mora e con un semplice provvedimento amministrativo,

all'incameramento di una quota della cauzione definitiva pari all'ammontare della penale comminata.

Art. 9 – 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. 10 - Foro competente

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

Art. 11 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 12 - Disposizione Finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le Condizioni di Assicurazione riportate nel presente Capitolato speciale di Polizza, CIG 7564685F87.

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.

VARIANTI TECNICHE MIGLIORATIVE AL LOTTO N. 2

“Polizza Convenzione ad adesione facoltativa relativa 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, commi 1 e 2 del DPR 5 gennaio 1967 n. 18”

Le imprese offerenti hanno facoltà di variare il presente Capitolato di polizza **esclusivamente** inserendo le varianti di seguito riportate.

Si precisa che, **a pena di esclusione dalla gara**, non saranno accettate varianti diverse e/o ulteriori da quelle di seguito riportate, né la sostituzione del Capitolato, o parti dello stesso con altro testo proposto dagli offerenti.

Elenco Varianti applicabili al Lotto n. 2: Punti Max = 60 punti

N. 1	<p>La prestazione di cui alla Sezione II – Condizioni Aggiuntive Operanti, lett. B) “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) ed alla lettera B dell'art. 6 Sezione I non trovano applicazione.</p> <p>La Società dichiara di avvalersi di una Rete in Convenzione diretta in Italia con una presenza territoriale di almeno n. 30 Istituti di Cura convenzionati.</p> <p>PUNTEGGIO ASSEGNATO: 12 punti</p>
N. 2	<p>La prestazione di cui alla Sezione II – Condizioni Aggiuntive Operanti, lett. B) “Assistenza Diretta mediante Rete convenzionata per Ricovero o Interventi Chirurgici, nonché per Prestazioni Extra Ricovero” si intende così integrata:</p> <p>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., USA e Canada) o diverso dall'Italia in caso di sottoscrizione della Variante n. 1. Anche in tal caso gli</p>

	<p>scoperti e le franchigie previsti alla lettera A. 4) ed alla lettera B dell'art. 6 Sezione I non trovano applicazione.</p> <p>PUNTEGGIO ASSEGNATO: 12 punti</p>
N. 3	<p>Il massimale per anno/nucleo familiare previsto alla lettera B) dell'art. 6 Sezione I "Prestazioni Extra Ricovero" si intende così elevato:</p> <ul style="list-style-type: none">- Opzione I = da € 10.000,00 ad € 20.000,00= annuo/nucleo familiare;- Opzione II = da € 10.000,00 ad € 40.000,00= annuo/nucleo familiare.- <p>PUNTEGGIO ASSEGNATO OPZIONE I: 5 punti PUNTEGGIO ASSEGNATO OPZIONE II: 10 punti</p>
N. 4	<p>Il massimale per anno/nucleo familiare previsto alla lettera C) dell'art. 6 Sezione I "Prestazioni Specialistiche" si intende così elevato:</p> <ul style="list-style-type: none">- da € 7.500,00 ad € 10.000,00= annuo/nucleo familiare. <p>PUNTEGGIO ASSEGNATO: 5 punti</p>
N. 5	<p>Il massimale per anno/persona previsto alla lettera A.2) dell'art. 6 Sezione I per "Day Hospital senza Intervento Chirurgico" si intende così elevato:</p> <ul style="list-style-type: none">- Opzione I - da € 15.000,00= ad € 25.000,00= anno/nucleo- Opzione II – da € 15.000,00= ad € 40.000,00= anno/nucleo. <p>PUNTEGGIO ASSEGNATO OPZIONE I: 4 punti PUNTEGGIO ASSEGNATO OPZIONE II: 7 punti</p>
N. 6	<p>Il massimale per anno/nucleo familiare previsto alla lettera A) dell'art. 6 Sezione I "Prestazioni connesse a Ricovero o Interventi Chirurgici" si intende così elevato:</p> <ul style="list-style-type: none">- Da € 400.000,00 ad € 500.000,00 annuo/nucleo familiare. <p>PUNTEGGIO ASSEGNATO: 4 punti</p>
N. 7	<p>La garanzia è operante per le spese mediche sostenute a seguito di infortuni verificatisi in anni assicurativi precedenti, anche se tali spese vengono sostenute dall'assicurato nell'anno assicurativo corrente, purché l'adesione venga rinnovata senza interruzione.</p> <p>PUNTEGGIO ASSEGNATO: 10 punti</p>