



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 del Personale a contratto assunto localmente dalle Rappresentanze Diplomatiche, Delegazioni Diplomatiche Speciali, Uffici Consolari ed Istituti di Cultura all’estero e dei relativi familiari a carico e conviventi, ai sensi dell’art. 158 del D.P.R. 5 gennaio 1967 n. 18.

CIG: 9178982F8E

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

Capitolato Speciale
Lotto 3

POLIZZA CONVENZIONE ASSICURATIVA

ad adesione facoltativa relativa all'assistenza sanitaria e al rimborso delle spese mediche per malattia, infortunio e maternità del personale a contratto assunto localmente dalle Rappresentanze Diplomatiche, Uffici Consolari, Istituti di Cultura all'estero e Delegazioni Diplomatiche Speciali e dei relativi familiari a carico e conviventi, ai sensi dell'art. 158 del DPR 5 gennaio 1967 n. 18

tra

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'articolo 158, comma 2 del D.P.R. 18/1967, così come modificato dal D. Lgs 103/2000, ha inteso garantire l'assistenza sanitaria a favore del Personale assunto a contratto presso le Rappresentanze diplomatiche, gli Uffici consolari, le Delegazioni Diplomatiche Speciali gli Istituti Italiani di Cultura all'estero e le Scuole Statali all'estero, e residente nel Paese dove ha sede l'ufficio presso cui presta servizio, e del relativo nucleo familiare a carico e convivente avente diritto, attraverso la stipula di polizza per prestazioni sanitarie in caso di infortunio, malattia e maternità, qualora la normativa nel Paese di assunzione non preveda forme di assicurazione sanitaria obbligatorie o qualora queste siano insufficienti;

si conviene la presente assicurazione che 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 – DEFINIZIONI E DELIMITAZIONI

Art. 1 - Definizioni	4
Art. 2 - Persone Assicurabili	5
Art. 3 - Ambito di operatività del contratto	5
Art. 4 - Massimali.....	6
Art. 5 - Prestazioni garantite.....	6
Art. 6 - Prosecuzione della garanzia oltre la scadenza della polizza.....	12
Art. 7 - Prestazioni escluse	12
Art. 8 - COVID-19.....	12
Art. 9 - Assistenza diretta mediante Rete Convenzionata	12

SEZIONE II – CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Durata e proroga della presente Polizza Convenzione	15
Art. 2 - Premi assicurativi.....	15
Art. 3 - Imposte	17
Art. 4 - Adempimenti del Contraente	17
Art. 5 - Modifiche/Rinnovo Polizze	18
Art. 6 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società.....	18
Art. 7 - Criteri e modalità di liquidazione	18
Art. 8 - Controversie.....	19
Art. 9 - Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio.....	19
Art. 10 - Penali	20
Art. 11 - Altre Assicurazioni	20
Art. 12 - Recesso in caso di sinistro	20
Art. 13 - Interpretazione del contratto	20
Art. 14 - Clausola Broker	20
Art. 15 - Foro competente	21
Art. 16 - Rinvio alle norme di legge.....	21
Art. 17 - Tracciabilità dei flussi.....	21
Art. 18 - Coassicurazione e delega	21
Art. 19 - Disposizione Finale	22

SEZIONE I – RIMBORSO SPESE DI CURA – DEFINIZIONI E DELIMITAZIONI

Art. 1 – Definizioni

Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione, sottoscritto dalle singole Rappresentanze diplomatiche, Delegazioni Diplomatiche Speciali, Uffici consolari e Istituti Italiani di cultura all'estero del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, dalle Scuole Statali all'estero in favore dei dipendenti assunti localmente con contratto a tempo indeterminato o determinato.
Polizza Convenzione	Il contratto Convenzione sottoscritto dal Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale in favore dei dipendenti assunti localmente con contratto a tempo indeterminato o determinato.
Contraente	Le singole Rappresentanze diplomatiche, Delegazioni Diplomatiche Speciali, Uffici consolari e Scuole Statali all'estero.
Assicurato	Il dipendente assunto localmente con contratto a tempo indeterminato o determinato nei cui confronti operano le coperture di cui alla presente Polizza Convenzione.
Nucleo Familiare	Il dipendente assunto localmente con contratto a tempo indeterminato o determinato e, se assicurati, il coniuge convivente ed a carico ed i figli fino al 26° anno di età purché conviventi ed a carico, come previsto all'art. 158 del D.P.R. 18/1967.
Società	L'impresa assicuratrice e le eventuali coassicuratrici.
Broker	La Aon S.p.A., incaricata dal Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale della gestione ed esecuzione dell'Assicurazione, riconosciuta dalla Società e dal Contraente, o l'eventuale altro soggetto che dovesse subentrarvi in qualità di intermediario assicurativo.
Premio	La somma dovuta dal Contraente.
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.
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.
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 estero.
Periodo assicurativo	Periodo di durata della Polizza Convenzione.
Anno assicurativo	Periodo di validità delle singole polizze

Art. 2 – Persone Assicurabili

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti e, se assicurati, dei relativi Nuclei Familiari, assunti presso le Rappresentanze diplomatiche, Uffici consolari, Delegazioni Diplomatiche Speciali e Istituti italiani di cultura all'estero, ovunque nel Mondo esclusi Usa e Canada, con contratti locali in Paesi ove la normativa locale non preveda forme di assistenza sanitaria obbligatoria o qualora statuisca al riguardo in modo manifestamente insufficiente ai sensi dell'art. 158 D.P.R. 18/1967. Le presenti disposizioni si estendono anche ai contrattisti in servizio nelle scuole statali all'estero ai sensi degli artt. 31 e ss. del D. Lgs. 64 del 13 aprile 2017.

Gli assicurati si dividono in due categorie:

Categoria A) impiegati a contratto a lungo termine, assicurati per l'intera annualità assicurativa

Categoria B) impiegati a contratto a breve termine, che si intendono assicurati per 180 giorni dal giorno dell'ingresso in copertura

Art. 3 - Ambito di operatività del contratto

La copertura prestata dalla presente polizza è prestata per il periodo connesso all'attività lavorativa. Si precisa che non interrompono il diritto alla presente assicurazione sanitaria il periodo di prova, eventuali viaggi di servizio ed i periodi di congedo.

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; pertanto sono 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 gli infortuni verificatisi nell'anno assicurativo, nonché 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.

- per le spese mediche sostenute esclusivamente nel Paese di servizio dell'Assicurato o nei Paesi più vicini accessibili ed attrezzati per le relative cure.

Art. 4 - 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. 5:

- le garanzie per **ricoveri presso ospedali o altri istituti o case di cura**, di cui al successivo art. 5 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. 5 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. 5 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. 5 lettera D. sono prestate fino a concorrenza della complessiva somma di € 2.600,00 per persona ed anno assicurativo;
- le garanzie per **prestazioni per gravi Patologie**, di cui al successivo art. 5 lettera E. sono prestate fino a concorrenza della complessiva somma di € 250.000,00 per Nucleo familiare ed anno assicurativo;
- le garanzie per **medicina preventiva**, di cui al successivo art. 5 lettera F. sono prestate per il solo dipendente titolare, una sola volta l'anno, fino alla concorrenza di € 500,00= annui.

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

Art. 5 – 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;

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.

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 € 40.000,00 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 di gravidanza.

In caso di parto cesareo ed aborto terapeutico vale il massimale garantito al precedente art. 4, con riferimento alle prestazioni di cui al presente l'art. 5 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 Generali e Particolari di Assicurazione all'art. 2 - Sez. II.

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 ed entro il primo anno di vita del bambino.

4) Scoperti in caso di sinistro

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 per ogni malattia e/o infortunio di uno scoperto a carico dell'Assicurato del 10% delle spese effettivamente sostenute e documentate ed indennizzabili a termini di polizza con applicazione di una franchigia massima di € 1.000,00; inoltre, in questo caso, le rette
3. di degenza, verranno rimborsate fino a concorrenza di € 260,00 giornaliere. Sull'eventuale eccedenza di detto importo verrà applicato uno scoperto del 30% che rimane a carico dell'Assicurato;

Gli scoperti e franchigia suindicati non si applicano nei casi di parto naturale ed aborto spontaneo.

4. 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%.
5. 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
- CISTOGRAFIA
- CORONAROGRAFIA
- COBALTOTERAPIA
- COLONSCOPIA
- 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. 4 - 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 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 nelle "PRESTAZIONI EXTRA RICOVERO", e nelle "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% che resta a carico dell'Assicurato.

Gli Scoperti non vengono applicati nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

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 vengono 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 € 7.500,00 - da intendersi quale massimale annuo e per nucleo familiare, così come definito al precedente art. 4 - 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 per ogni prestazione o ciclo di cura, intendendosi per tale una serie di prestazioni connesse alla medesima patologia e presentate in un'unica richiesta.

Gli scoperti non vengono applicati nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

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. PRESTAZIONI PER GRAVI PATOLOGIE

La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato in regime ambulatoriale e/o domiciliare o in day hospital per terapie anche farmacologiche rese necessarie per le seguenti malattie:

- Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico
- Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - ulcere torpide e decubiti
 - sovrinfezioni
 - infezioni urogenitali
 - ipertensione instabile
 - neuropatie
 - vasculopatie periferiche

- Malattie oncologiche
- Insufficienza cardiaca a labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - Dispnea
 - edemi declivi e stasi polmonare
 - ipossiemia
 - aritmie
- Patologie neuromuscolari evolutive:
 - Tetraplegia
 - Sclerosi multipla
 - Miopatie miastenia
 - Ustioni gravi (terzo grado) con estensioni almeno pari al 20% del corpo
 - Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali
 - Stato di coma
- Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno 3 tra le seguenti manifestazioni:
 - Acuta
 - edema polmonare
 - cronica in trattamento riabilitativo
 - con ossigenoterapia domiciliare continua
 - con ventilazione domiciliare
 - cronica riacutizzata
- Infarto e complicanze
- Epatite cronica attiva
- Infezione da HIV

Le garanzie di cui alla presente lettera E vengono accordate fino a concorrenza della complessiva somma di € 250.000,00 - da intendersi quale massimale annuo e per nucleo familiare, così come definito al precedente art. 4 - 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 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 nelle "PRESTAZIONI EXTRA RICOVERO", nelle "PRESTAZIONI SPECIALISTICHE", e nella Prestazioni di cui alla presente lettera E., il rimborso delle stesse verrà effettuato in capo al massimale delle "PRESTAZIONI PER GRAVI PATOLOGIE", " con applicazione, sull'importo complessivo, di uno scoperto del 10% con un massimo non indennizzabile di € 1.000,00 che resta a carico dell'Assicurato.

Gli Scoperti non vengono applicati nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

Gli scoperti non vengono applicati anche nel caso in cui l'Assicurato usufruisca di strutture convenzionate in regime di assistenza diretta.

F. MEDICINA PREVENTIVA (GARANZIA VALIDA PER IL SOLO DIPENDENTE, ESCLUSO IL NUCLEO FAMILIARE)

La Società provvederà al rimborso delle spese che il solo dipendente titolare sosterrà una (1) volta l'anno per effettuare i seguenti accertamenti diagnostici di prevenzione:

- a) **Sesso maschile**
- visita cardiologia con ECG;

- accertamento dell'antigene prostatico;
- ecografia delle vie urinarie.

b) Sesso femminile

- Ecografia mammaria o mammografia;
- visita ginecologica comprensiva di pap test;

c) 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 500,00 per anno assicurativo. Si precisa che ciascun esame non potrà essere effettuato più di una volta per anno assicurativo.

Art. 6 - Prosecuzione della garanzia oltre la scadenza della polizza

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

Art. 7 - 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. 5 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 inclusione in copertura;
- le prestazioni relative alla garanzia prevista all'art. 5 lettera A. 1) e 2) "Prestazioni connesse a ricoveri o Interventi Chirurgici" già in atto alla data di inclusione nella presente polizza;
- accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale in Italia.

Art. 8 - COVID19

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.

Art. 9 - Assistenza diretta mediante Rete Convenzionata

Per le garanzie di cui alle lettere A - B - C - E dell'art. 5 - Sezione I si intendono valide le seguenti condizioni, fermi restando i relativi massimali e sottolimiti:

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, le prestazioni Extra Ricovero e le prestazioni per Gravi Patologie di cui all'art. 5 - Sezione I, lettera A, B, C e E 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 e Gravi Patologie 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 vengano 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 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 il proprio nucleo familiare degli Istituti di Cura e, in caso di ricovero, della équipe medica convenzionata nel Paese in cui presta servizio o nei Paesi previsti all'art. 3 sezione I, 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 previsti alla lettera A. 4) e alle lettere B e E dell'art. 5 - Sezione I non trovano applicazione.

Ove, in caso di ricovero, 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 lo scoperto previsti alla lettera A. 4) dell'art. 5 - 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 le prestazioni Extra Ricovero e Gravi Patologie 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 previsti alla lettera A. 4) ed alla lettera B. e E. dell'art. 5 - Sezione I della presente polizza.

Il servizio di Assistenza Diretta mediante Rete convenzionata non si applica alle Prestazioni di cui alla lettera F "Medicina Preventiva" dell'art. 5 - Sezione I.

Le garanzie relative all'Assistenza Diretta verranno prestate tramite la Centrale Operativa _____ Via _____, città _____, chiamando il nr dedicato _____ o inoltrando una richiesta tramite posta elettronica all'indirizzo _____. La Società presta un servizio di assistenza in lingua inglese presso la centrale operativa e fornisce al Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale il materiale informativo strutturato inerente la presente polizza in lingua inglese per gli usi degli interessati

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.

La Società mette a disposizione una piattaforma web attraverso la quale gli Assicurati, previa apposita registrazione, potranno visionare lo stato ed iter dei propri sinistri.

SEZIONE II – CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Durata e proroga della presente Polizza Convenzione

La presente Polizza Convenzione ha durata di tre anni e 6 mesi, così suddivisi: 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, e cesserà automaticamente alla scadenza 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, la ripetizione 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 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 e le singole polizze dei Contraenti aderenti, 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.

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 recedere dal contratto medesimo ad ogni scadenza annuale, mediante comunicazione scritta da inviarsi al Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, con le medesime modalità suindicate, almeno 180 (centottanta) 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 158 del D.P.R. 18/1967 come modificato dal D. Lgs. 7 aprile 2000, n. 103.

Resta salva la copertura delle singole polizze sino alla loro naturale scadenza, anche in caso di risoluzione della presente Polizza Convenzione.

Art. 2 - Premi assicurativi

Categoria A)

Il premio annuo per ogni dipendente assicurato senza nucleo familiare, per l'insieme delle prestazioni di cui alla Sezione I 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 presente polizza è soggetta al pagamento di un premio anticipato da parte di ciascun Contraente determinato sulla base dell'elenco degli assicurati aventi diritto che il Contraente si impegna a notificare alla Società entro la data di decorrenza della polizza o dalla data di adesione alla presente polizza. Per le annualità successive, decorrenti dalle rispettive scadenze, l'importo del premio dovuto dal Contraente sarà calcolato dalla Società sulla base delle notifiche pervenute. La durata di ciascuna polizza sarà di 365 giorni tacitamente rinnovabile di anno in anno, salvo disdetta che ciascun Contraente dovrà notificare alla Società a mezzo pec o raccomandata R.R. almeno 2 mesi prima della scadenza.

Al termine di ciascuna annualità assicurativa la Società provvederà ad emettere, per ciascun Contraente:

- appendice di regolazione del premio corrispondente alle nuove inclusioni e/ o esclusioni di nuclei familiari pervenute successivamente al primo giorno di ogni annualità ai sensi del successivo art. 4;
- di incasso per la nuova annualità.

La liquidazione dei premi della presente polizza Convenzione avverrà secondo le modalità di seguito indicate:

- Per le successive inclusioni di Assicurati e nuclei familiari avvenute entro i primi 6 mesi di ogni anno, il Contraente corrisponderà l'intero premio annuo fino alla prima scadenza annuale;
- Per le successive inclusioni di Assicurati e nuclei familiari avvenute nel secondo semestre dell'anno, il Contraente corrisponderà il 60% del premio annuo fino alla prima scadenza annuale.

I componenti del nucleo familiare del dipendente aventi diritto devono essere assicurati contestualmente al dipendente-titolare.

Diversamente la garanzia prenderà effetto dalla successiva scadenza annuale.

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla data di effetto del contratto è consentita solamente in caso di variazione del carico fiscale e dello stato di famiglia per matrimonio o nuove nascite; in questo caso il Contraente dovrà notificare le variazioni alla Società entro 90 gg. dalla data in cui tali variazioni sono avvenute; in tal caso la garanzia opera con decorrenza dalla data della variazione come sopra documentata.

Diversamente la garanzia prenderà effetto dalla data della relativa notifica del Contraente.

In particolare, per l'inclusione del coniuge o altro familiare a carico il Contraente dovrà corrispondere l'eventuale differenza del premio per l'estensione al Nucleo Familiare come sopra indicato.

Per le persone che risultano assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con il Contraente, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con il Contraente stesso; allo scioglimento di detto rapporto l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale.

Si precisa che eventuali esclusioni di assicurati avvenute nel corso della validità annuale della polizza non daranno luogo a rimborso del premio che si considera pertanto acquisito dalla Società. In ogni caso la garanzia sarà operante sino alla prima scadenza annua dell'assicurazione dopo la cessazione a qualsiasi titolo del rapporto di lavoro.

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 60% del premio annuo per dipendente singolo.

Si precisa che eventuali esclusioni di assicurati avvenute nel corso della validità annuale della polizza non daranno luogo a rimborso del premio che si considera pertanto acquisito dalla Società. In ogni caso la garanzia sarà operante sino alla prima scadenza annua dell'assicurazione dopo la cessazione a qualsiasi titolo del rapporto di lavoro.

Art. 3 - 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 corrisposto dal Contraente stesso.

Art. 4 - Adempimenti del Contraente

Si prende atto che l'adesione alla presente polizza da parte di ciascun Contraente (Rappresentanza diplomatica, Ufficio consolare, Istituto di cultura italiano all'estero, Scuola Statale all'estero, Delegazioni Diplomatiche Speciali) è assolutamente libera e viene pertanto perfezionata da ogni Contraente su base volontaria.

Ciò premesso, ciascun Contraente si impegna ad assicurare nella presente polizza di assicurazione tutto il personale alle proprie dipendenze assunto a contratto locale e relativi familiari aventi diritto. Gli assicurati saranno inizialmente i soggetti indicati nell'apposito elenco allegato alla richiesta di adesione, che comprenderà in seguito anche il personale che venisse successivamente assunto dal Contraente stesso nonché i loro familiari a carico.

All'atto del perfezionamento della polizza il Contraente si impegna a notificare alla Società i dati anagrafici dei dipendenti e relativi familiari a carico da assicurare a mezzo propri elenchi o tabulati.

Le variazioni verificatesi nel personale avranno vigore agli effetti dell'assicurazione a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di assunzione ovvero dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno di servizio prestato. Il Contraente è esonerato dalla preventiva comunicazione delle variazioni verificatesi, ma dovrà darne comunicazione alla Società entro i successivi 90 giorni. Per l'identificazione delle persone assicurate si farà riferimento ai libri paga del Contraente o altra documentazione valida in possesso dello stesso.

Per ciascun dipendente dovranno essere indicati dal Contraente le generalità, la data di assunzione in servizio, la data di cessazione dal servizio, i familiari a carico del dipendente stesso aventi diritto, con le relative generalità, il Codice Fiscale di ciascun assicurato, nonché tutti gli elementi necessari alla individuazione dell'Assicurato stesso (Paese, Città, indirizzo degli uffici, recapiti telefonici, posta elettronica, telefax ed ogni altro riferimento utile).

Il Contraente dovrà notificare la propria adesione volontaria alla presente polizza Convenzione, nonché le inclusioni, esclusioni, variazioni di dipendenti e relativi nuclei familiari al Broker Aon Spa – filiale di Roma, tramite posta elettronica all'indirizzo sanitaria.maeci@aon.it.

Il termine di rispetto per il pagamento dei premi risultanti dalla presente polizza, dalle appendici di regolazione o da eventuale altra documentazione emessa sulla presente polizza si intende fissato in 90 giorni dalla data di ricezione da parte del Contraente del relativo documento emesso dalla Società, ritenuto corretto.

Se il Contraente non paga i premi nei termini predetti l'assicurazione resta sospesa nei confronti del Contraente inadempiente e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati alla direzione della Società o alla sede dell'Agenzia o al Broker che

gestisce la presente Polizza Convenzione.

Il Contraente assume a proprio carico gli oneri dell'elencazione nominativa dei dipendenti e dei relativi familiari aventi diritto come previsto dagli artt. 2 e 4 della presente Sezione, 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.

Art. 5 - Modifiche/Rinnovo Polizze

Le eventuali modifiche alla presente polizza, nei limiti consentiti dalla vigente normativa, devono 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.

Nel caso di disdetta della Polizza Convenzione le singole polizze di Assicurazione conservano validità fino alla data di scadenza immediatamente successiva e cessano ogni operatività da detta data, fatto salvo quanto previsto all'art. 6 della sezione I.

Art. 6 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere effettuate a mezzo posta elettronica o telefax.

Art. 7 - 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, 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 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 30 giorni dalla ricezione della suddetta documentazione completa.

Su richiesta e ad insindacabile giudizio dell'Assicurato, da rivolgere all'ufficio reclami, verrà applicata una penale di € 100 al giorno a partire 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 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 di pertinenza dell'Assicurato.

Art. 8 - 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.

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. 9 - 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 20 (venti) 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 – 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 o a quelle successive in caso di rinnovo. 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”)

Art. 10 - Penali

Qualora la Società non dia riscontro alle richieste del Contraente nei termini di cui all'art. 9 della presente Sezione, si applicherà una penale pari ad € 500 per ogni giorno di ritardo. 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. 11 - 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 assicurino gli stessi rischi non ha influenza sulla presente assicurazione, il cui indennizzo viene in ogni caso liquidato nella misura stabilita in polizza.

Art. 12 - 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. 13 - Interpretazione del contratto

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

La Società si impegna a riscontrare eventuali quesiti interpretativi che le vengano sottoposti dal Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale entro 5 (cinque) giorni lavorativi.

Art. 14 - Clausola Broker

Il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale ed i singoli Contraenti dichiarano 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 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. 15 - Foro competente

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

Art. 16 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 17 - Tracciabilità dei flussi

Il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, la Società, i Contraenti 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. 18 - 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/o degli aventi diritto, inclusa la liquidazione per l'intero importo dei sinistri. E' 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. 19 - Disposizione Finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le Condizioni di Assicurazione riportate nel presente Capitolato speciale di gara, CIG 9178982F8E.

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 e della eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti al RTI o alla coassicurazione.

RIEPILOGO DELLE MIGLIORIE

POLIZZA ASSISTENZA SANITARIA E RIMBORSO SPESE MEDICHE PER IL PERSONALE A CONTRATTO

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

