

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL
SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE OSPEDALIERE
CIG 6253200FDE**

CAPITOLATO SPECIALE



POLITECNICO DI BARI

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL
SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO
DELLE SPESE MEDICHE OSPEDALIERE
CIG 6253200FDE**

CAPITOLATO SPECIALE D’APPALTO

DEFINIZIONI DEI TERMINI IMPIEGATI NEL PRESENTE CAPITOLATO

Assicurazione: il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza: il documento che prova l’Assicurazione.

Contraente: il Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza), iscritto all’Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che stipula la Polizza per conto dell’Associato.

Associato: il Politecnico di Bari.

Assicurato/Beneficiario: i soggetti nel cui interesse viene stipulata l’Assicurazione (personale tecnico, amministrativo e bibliotecario a tempo determinato e indeterminato, personale docente a tempo determinato e indeterminato).

Società: la Compagnia di Assicurazioni.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Infortunio: l’evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia: qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

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

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

Istituto di Cura: ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all’erogazione dell’assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata: istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero: la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Day-hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Retta di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Intervento chirurgico: qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL
SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE OSPEDALIERE
CIG 6253200FDE**

CAPITOLATO SPECIALE

Intervento chirurgico ambulatoriale: prestazione chirurgica che per la tipologia dell’atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Accertamento diagnostico: prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Sinistro: il verificarsi dell’evento per il quale è prestata l’Assicurazione.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Indennità sostitutiva: importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.

Franchigia: la somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell’Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto l’importo garantito.

Scoperto: la somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell’Assicurato.

Sezione A – Condizioni generali di assicurazione

PREMESSA

Le prestazioni oggetto della presente assicurazione confluiranno all’interno del Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) iscritto all’Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 della Cassa di assistenza sanitaria, che la Compagnia dovrà garantire e con la quale il Politecnico di Bari dovrà stipulare apposito accordo.

Le relative spese di adesione sono ricomprese nei premi pattuiti in Convenzione.

A1 EFFETTO DELL’ASSICURAZIONE

L’Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza, ancorché il Premio venga versato entro i 90 (novanta) giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l’Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 90° (novantesimo) giorno successivo a quello della scadenza, e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell’art. 1901 c.c.

Si precisa che se dai controlli effettuati dall’Ente, in ottemperanza del D.M. n. 40/2008, risultasse un inadempimento a carico della/e Società, la/e stessa/e si impegna/no a ritenere in copertura il rischio, anche oltre i termini di mora, fino al termine delle procedure di verifica imposte dall’art. 3 del Decreto dianzi richiamato.

A2 OBBLIGHI DELL’ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro, l’Assicurato deve presentare denuncia alla Società con la massima sollecitudine possibile a partire dal momento in cui ne viene a conoscenza.

Tale comunicazione deve essere correlata della necessaria documentazione medica.

A3 PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il Premio viene corrisposto – in due rate semestrali di eguale importo – calcolate in via provvisoria sulla base del numero dei beneficiari alla data annua di scadenza della Polizza, ed è regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del Premio. Alla scadenza di ciascuna annualità si procederà alla regolazione contabile del Premio dovuto in conseguenza delle inclusioni avvenute e comunicate nel corso dell’anno.

Le inclusioni di Assicurati, dovute a personale di nuova assunzione, sono così regolamentate:

- se avvenute nel primo semestre dell’anno, comporteranno la corresponsione dell’intero premio annuo;
- se avvenute nel secondo semestre dell’anno, comporteranno la corresponsione del 60% (sessanta per cento) del premio annuo.

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL
SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE OSPEDALIERE
CIG 6253200FDE**

CAPITOLATO SPECIALE

Eventuali esclusioni di Assicurati, avvenute in corso d’anno, non daranno luogo a rimborso del Premio che si considera pertanto acquisito dalla Società.

Le uscite o gli ingressi di Assicurati che si verificheranno nel corso dell’annualità assicurativa dovranno essere comunicati dall’Ateneo al Contraente con PEC.

Nel caso di nuova assunzione, la garanzia decorrerà dalle ore 24:00 della data di comunicazione.

Qualora la comunicazione abbia data successiva a quella di effettiva assunzione, risultante dai registri dell’Ateneo, ai fini dell’attivazione della garanzia farà fede quest’ultima. Il ritardo di comunicazione non potrà comunque essere superiore a 30 (trenta) giorni, oltre i quali l’Assicurazione decorrerà dalla data di effettiva comunicazione come sopra indicato, pena la decadenza del diritto all’indennizzo.

Nel caso di risoluzione del rapporto di lavoro, la garanzia scadrà dalle ore 24:00 della data di comunicazione.

Le differenze attive dovute a termini del presente articolo dovranno essere pagate entro 90 (novanta) giorni da quello in cui la Società ha presentato all’Ateneo il relativo conto di regolazione.

A4 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società, nonché ogni altra impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto, sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla L. n. 136/2010 s.m.i.

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione Appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati a operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata – tramite bonifico bancario o postale e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il codice identificativo di gara (CIG) comunicato dalla Stazione Appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall’art. 3 della citata L. n. 136/2010 s.m.i. costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell’art. 1456 c.c. e dell’art. 3, co. 8 della medesima Legge.

A5 DURATA DELL’ASSICURAZIONE

Il contratto ha la durata di 24 (ventiquattro) mesi con decorrenza dalla stipula della Polizza, con riserva di ricorrere all’affidamento di attività consistenti nella ripetizione di servizi analoghi già affidati per una durata ulteriore pari al massimo a 24 (ventiquattro) mesi.

E’ inoltre facoltà dell’Associato, con preavviso non inferiore a 30 (trenta) giorni antecedenti la cessazione della garanzia, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente Assicurazione, finalizzata all’espletamento o al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova Assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio pagato, si impegna sin d’ora a prorogare in tal caso l’Assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 (centottanta) giorni decorrenti dalla scadenza.

Il Contraente s’impegna a versare il premio relativo al predetto periodo entro 90 (novanta) giorni dalla data di effetto del medesimo periodo di proroga.

A6 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della Polizza debbono essere provate per iscritto.

A7 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all’Assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della Polizza.

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL
SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE OSPEDALIERE
CIG 6253200FDE**

CAPITOLATO SPECIALE

A8 FORO COMPETENTE

Per le eventuali controversie, il Foro competente è esclusivamente quello di Bari.

A9 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente Polizza è di due anni a norma dell’art. 2952 c.c.

A10 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente previsto, si farà espresso riferimento alle norme dettate dal Codice civile e dalle leggi in materia.

A11 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l’eventuale esistenza di altre Polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l’obbligo dell’Assicurato di darne avviso in caso di sinistro.

Sezione B – Oggetto dell’Assicurazione

L’Assicurazione è prestata a favore del personale dirigente, tecnico, amministrativo e bibliotecario, a tempo determinato e indeterminato, nonché per il personale docente a tempo determinato e indeterminato, in servizio presso il Politecnico di Bari.

La copertura assicurativa, che viene prestata senza la preventiva compilazione di questionario sanitario, rimborsa le spese sanitarie sostenute per le voci di cui alla presente Sezione, nessuna esclusa.

B1 AREA RICOVERO

In caso di Ricovero in un Istituto di cura pubblico o privato, con o senza Intervento chirurgico, l’Assicurato avrà diritto a un’indennità di **€100,00**(Euro cento/00) per ogni giorno di Ricovero, non superiore a 90 (novanta) giorni per ogni Ricovero.

B2 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Si considerano di “alta specializzazione” i seguenti esami: angiografia, chemioterapia e terapie radianti, cobaltoterapia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia, ecocardiografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia, laserterapia solo a scopo fisioterapico, radioterapia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, PET, TAC, telecuore.

Possibilità di utilizzare Strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo cioè da parte dell’Assicurato) con applicazione di una franchigia di **€50,00** (Euro cinquanta/00) per accertamento/ciclo di terapia.

Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% (ventipercento) con il minimo di €80,00 (Euro ottanta/00) per ogni accertamento/cicb di terapia in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.

I ticket del S.S.N. o di strutture a esso accreditate sono rimborsati al 100% (centopercento).

Massimale annuo assicurato: **€8.000,00** (Euro ottomila/00) per Assicurato elevato a **€10.000,00** (Euro diecimila/00) in caso di cure oncologiche.

B3 VISITE SPECIALISTICHE

Si intendono “visite specialistiche”, con l’esclusione di quelle pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche, quelle in Strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

Copertura solo tramite Strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo cioè da parte dell’Assicurato) con applicazione di una franchigia di **€50,00** (Euro cinquanta/00) per visita.

I ticket del S.S.N. o di strutture a esso accreditate saranno rimborsati al 100% (centopercento).

Massimale annuo assicurato: **€300,00**(Euro trecento/00) per Assicurato.

B4 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL
SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE OSPEDALIERE
CIG 6253200FDE**

CAPITOLATO SPECIALE

Rimborso delle spese per trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi a seguito di infortunio, **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso**, sempreché siano prescritte da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

Possibilità di utilizzare Strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo cioè da parte dell’Assicurato), senza applicazione di Scoperti e Franchigie.

Rimborso delle spese sostenute con applicazione di Scoperto del 20% (ventipercento) con il minimo di **€70,00** (Euro settanta/00) per ogni fattura in caso di prestazione effettuata in Struttura non convenzionata con la Società.

I ticket del S.S.N. o di strutture a esso accreditate saranno rimborsati al 100% (centopercento).

Massimale annuo assicurato: **€350,00**(Euro trecentocinquanta/00) per Assicurato.

B5 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Comprende:

- spese per terapie conservative e ortodonzia;
- spese per le protesi dentarie.

Possibilità di utilizzare Strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo cioè da parte dell’Assicurato) con applicazione di uno Scoperto del 25% (venticinquepercento).

Una volta l’anno e solo presso Strutture convenzionate, è previsto il pagamento integrale di:

- una visita specialistica;
- una igiene orale professionale completa.

Rimborso delle spese sostenute con applicazione di Scoperto del 50% (cinquanta percento) in caso di prestazione effettuata in Struttura non convenzionata con la Società.

I ticket del S.S.N. o di strutture a esso accreditate saranno rimborsati al 100% (centopercento).

Massimale annuo assicurato: **€150,00**(Euro centocinquanta/00) per Assicurato.

B6 PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

Protesi ortopediche e acustiche con applicazione di Scoperto del 20% (ventipercento) e minimo non indennizzabile di **€70,00**(Euro settanta/00) per fattura.

Massimale annuo assicurato: **€1.000,00**(Euro mille/00) per Assicurato.

B7 GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA

Definizione della Garanzia: la Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l’erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita all’Assicurato quando questi si trova in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo paragrafo “Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo”.

La garanzia si attiva solo nel caso di stato di non autosufficienza temporaneo.

Condizioni di assicurabilità: ai fini dell’operatività della presente Garanzia, l’Assicurato non deve rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità al momento dell’inserimento nella polizza:

- avere bisogno dell’aiuto di terzi per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare;
- trovarsi nelle condizioni di poter usufruire di una pensione di invalidità o di poter richiedere una rendita per invalidità permanente che corrisponda a un livello di invalidità superiore al 40%;
- presentare postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale;
- essere affetto dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale forme particolari di ipertensione che, nonostante l’assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL
SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE OSPEDALIERE
CIG 6253200FDE**

CAPITOLATO SPECIALE

Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo: viene riconosciuto in stato di non autosufficienza temporaneo l’Assicurato che presenti la necessità dell’aiuto di terzi per compiere almeno tre dei seguenti atti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi. La Società corrisponde l’importo garantito quale somma assicurata per il periodo computato in giorni per i quali perdura lo stato di non autosufficienza temporaneo.

Somma assicurata: il massimale mensile della Garanzia, nel caso in cui l’Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al precedente punto “Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo”, corrisponde a **€300,00**(Euro trecento/00) per assicurato.

B8 PREVENZIONE (solo in convenzionamento diretto)

La Società assicuratrice provvede al pagamento diretto (senza anticipo cioè da parte dell’Assicurato) delle prestazioni di prevenzione effettuate solo in Strutture sanitarie convenzionate, una volta l’anno per ciascun Assicurato.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un’unica soluzione.

Elenco esami validi per tutti gli Assicurati: alanina aminotransferasi ALT, aspartato aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, gamma GT, glicemia, trigliceridi, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), urea, VES, urine (esame chimico, fisico e microscopico, feci (ricerca del sangue occulto).

Prestazioni previste per gli uomini: PSA (specifico antigene prostatico), ECG, rx torace.

Prestazioni previste per le donne: pap-test, esame mammografico, ECG.

Sezione C – Limitazioni

C1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L’Assicurazione ha validità in tutto il mondo.

C2 ESCLUSIONI DALL’ASSICURAZIONE

Premesso che la validità della copertura prescinde dalle condizioni fisiche degli Assicurati, e quindi sono comprese le malattie e gli stati patologici insorti anche anteriormente alla stipula del contratto, l’Assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l’eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo non siano esplicitamente previsti in Polizza);
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l’operatività del contratto);
5. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i Ricoveri causati dalla necessità dell’Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali Ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell’Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
8. gli interventi per la sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all’abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché l’uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL
SERVIZIO ASSICURATIVO DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE OSPEDALIERE
CIG 6253200FDE**

CAPITOLATO SPECIALE

10. gli infortuni derivati dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l’alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall’Assicurato;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell’atomo di radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

C3 LIMITI DI ETÀ

L’Assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° (settantacinquesimo) anno di età dell’Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dell’Assicurato, e comunque non oltre la cessazione del rapporto di lavoro dell’Assicurato presso il Politecnico di Bari.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Antonio Romeo