



## CORTE COSTITUZIONALE



**Piazza del Quirinale, 41  
00187 Roma**

**Procedura competitiva con negoziazione in base al combinato disposto dell'art. 59, comma 2 lett. a) e dell'art. 62 del d. lgs. 18 aprile 2016, n. 50 per l'affidamento del servizio d'assistenza sanitaria integrativa a favore dei Giudici costituzionali, in carica ed emeriti, del personale in attività presso la Corte Costituzionale, dei pensionati della Corte Costituzionale e dei relativi nuclei familiari –  
CIG 91056468C8**

**CAPITOLATO TECNICO INIZIALE**

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO  
DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN  
CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE  
COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI  
NUCLEI FAMILIARI**

SEZIONE A - PREMessa.....	3
SEZIONE B - QUANTITATIVI.....	3
SEZIONE C - CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA.....	5
C. 1 DEFINIZIONI.....	5
C. 2 - VALIDITÀ ESCLUSIVA DELLE NORME DATTILOSCRITTE.....	7
C. 3 - INTERPRETAZIONE DELLE CLAUSOLE CONTRATTUALI .....	7
C. 4 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI TRA L’AMMINISTRAZIONE CONTRAENTE E L’ASSICURATORE.....	7
C. 5- DURATA E DECORRENZA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE.....	7
C.6 – PENALI .....	7
C.7 - COASSICURAZIONE E DELEGA.....	8
C.8 - ELEMENTI PER LA DETERMINAZIONE DEL PREMIO.....	8
C.9 – INCLUSIONE DEI NUCLEI ASSICURATI, PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO.....	12
C.10 CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE - MEDIAZIONE.....	13
C.11 – SPESE ED ONERI FISCALI .....	14
C.12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	14
C.13 – TRACCIABILITÀ FLUSSI FINANZIARI .....	14
C. 14 ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA.....	15
SEZIONE D - CONDIZIONI DEI SERVIZI ASSICURATIVI DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA.....	16
D.1- OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE.....	16
D.2 - SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA .....	20
D.3 - TERMINI DI ASPETTATIVA E DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI.....	21
D.4 - CENTRI CONVENZIONATI - NETWORK.....	21
D.5 - ESTENSIONI TERRITORIALI.....	22
D.6 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI.....	22
D.7 - OBBLIGHI RELATIVI ALLA DENUNCIA DEI SINISTRI .....	23
D.8 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE, MODALITÀ DI PAGAMENTO E DI RIMBORSO .....	23
D.9 - RINUNCIA DELLA SOCIETÀ AL DIRITTO DI SURROGAZIONE .....	25
SEZIONE E - CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE .....	26
E.1 - ESTENSIONE DELLE GARANZIE AI FIGLI NON FISCALMENTE A CARICO PURCHÉ CONVIVENTI.....	26

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

E.2 - ESTENSIONE AI "PARENTI ED AFFINI ENTRO IL II GRADO" DEI SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA E DEL PERSONALE CHE CESSA DAL SERVIZIO.....	26
SEZIONE F - SERVIZI INCLUSI NELLA FORNITURA.....	27
F.1 - REPORTISTICA DEI SINISTRI.....	27
F.2 - PRESIDIO TECNICO PRESSO L’AMMINISTRAZIONE E NUMERI DEDICATI AL SERVIZIO .....	28
F.3 - RESPONSABILE DEL SERVIZIO .....	28
SEZIONE G – CLAUSOLA BROKER .....	29
ALLEGATO .....	30
ELENCO 1 – GRAVI MALATTIE.....	30
ELENCO 2 – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI .....	30

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

**SEZIONE A - PREMESSA**

Il presente Capitolato Tecnico disciplina lo standard degli aspetti tecnico-giuridici della fornitura dei servizi assicurativi di assistenza sanitaria integrativa a favore dei Giudici costituzionali, in carica ed emeriti, del personale in attività presso la Corte costituzionale e dei pensionati della Corte costituzionale, nonché i loro nuclei familiari.

**Si precisa, tuttavia, che quanto riportato nelle sezioni successive, sia in termini di massimali che in termini di servizi e relative modalità di erogazione, rappresenta il punto di riferimento iniziale che sarà oggetto di approfondimento e discussione in fase di negoziazione con l’Amministrazione, ai fini della predisposizione del Capitolato Tecnico finale. La fase di analisi delle offerte tecniche iniziali e di negoziazione con i concorrenti è gestita secondo quanto riportato nel Disciplinare, par. 15 Analisi offerte tecniche iniziali e negoziazione”.**

La Corte costituzionale, di seguito indicata alternativamente come “Amministrazione” o “Amministrazione contraente”, stipulerà, al termine di tutta la procedura di gara, con l’Assicuratore il Contratto di Assicurazione, in conformità alle condizioni di cui al presente Capitolato Tecnico e ne assumerà, nei confronti dell’Assicuratore l’intero onere economico.

I dati anagrafici degli assicurati verranno forniti dalla Corte costituzionale su supporto informatico secondo le modalità previste al paragrafo D.2 - *Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa.*

**SEZIONE B - QUANTITATIVI**

Il numero dei nuclei familiari complessivamente da assicurare, secondo l’ultimo dato aggiornato al 31 dicembre 2021, è pari a 444.

Di seguito si riporta un ulteriore frazionamento delle 444 unità suddivise per categorie:

SUDDIVISIONE DEI NUCLEI FAMILIARI IN CATEGORIE	N. DI NUCLEI FAMILIARI ASSICURATI AL 31/12/2021
Nuclei familiari del personale in attività presso la Corte costituzionale compresi i Giudici costituzionali in carica	n. 222
Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età inferiore ai 75 anni	n. 107
Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età superiore ai 75 anni	n. 115
TOTALE	n. 444

Nei nuclei familiari sopra dettagliati sono compresi anche i figli non fiscalmente a carico purché conviventi di cui al paragrafo E.1- *Estensione delle garanzie ai familiari non fiscalmente a carico purché conviventi* dei quali si fornisce un ulteriore dettaglio.

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

SUDDIVISIONE DEI NUCLEI FAMILIARI IN CATEGORIE	N. DI FIGLI NON FISCALMENTE A CARICO PURCHÉ CONVIVENTI INCLUSI NEI NUCLEI FAMILIARI ASSICURATI al 31/12/2021
Nuclei familiari del personale in attività presso la Corte costituzionale compresi i Giudici costituzionali in carica	n. 16
Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età inferiore ai 75 anni	n. 15
Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età superiore ai 75 anni	n. 8
<b>TOTALE</b>	<b>n. 39</b>

Si precisa che tali valori sono puramente indicativi ai fini della formulazione dell’offerta da parte del concorrente. Sarà comunque facoltà dell’Amministrazione contraente, nel caso in cui prima del decorso del termine di durata del Contratto sia esaurito o il quantitativo complessivo o i singoli quantitativi afferenti a ciascuna categoria, chiedere all’Assicuratore un incremento dei servizi fino alla concorrenza di due quinti dei predetti quantitativi ai sensi dell’art. 27, comma 3, D.M. 28.10.1985.

I “Parenti ed affini entro il II grado” dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa, come previsti nel punto *D.2 Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa*, lett. a) e b) nonché il Personale assicurato che cessa dal servizio presso l’Amministrazione, possono fruire di un’assistenza erogata mediante distinto contratto di assicurazione. L’Aggiudicatario si obbliga a offrire almeno le coperture assicurative indicate nella successiva Sezione D – *Condizioni dei servizi assicurativi di assistenza sanitaria integrativa*, D.1 – *Oggetto dell’assicurazione*, Lett. A) e B), fermo restando che i menzionati contratti non possono comportare nessun onere per l’Amministrazione. Al riguardo, si riportano i dati degli aventi diritto che hanno aderito a tale tipo di assicurazione al **31/12/2021** per l’anno **2022**.

Polizza relativa a "Parenti ed affini entro il II grado" dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa, come previsti nel punto <i>D.2 Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa</i> , <b>lett. a) e b)</b> nonché il Personale assicurato che cessa dal servizio presso l’Amministrazione	
Totale dei nuclei familiari	n.20
Totale n. componenti	n.38

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA' PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

**SEZIONE C - CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA**

**C. 1 DEFINIZIONI**

Nel corpo del presente Capitolato Tecnico, ivi compresi l'Elenco 1 – *Gravi Malattie* e l'Elenco 2 – *Grandi Interventi Chirurgici*, viene convenzionalmente attribuito ai seguenti termini il significato di seguito precisato:

<b>Amministrazione Contraente o anche solo Amministrazione:</b>	Corte Costituzionale;
<b>Assicurato:</b>	I soggetti il cui interesse è protetto dall'assicurazione, come previsto dal paragrafo D.2 - <i>Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa</i> ;
<b>Assicuratore:</b>	L'aggiudicatario della gara, ovvero l'Impresa assicuratrice o il Raggruppamento Temporaneo di Imprese o le imprese in coassicurazione o il Consorzio;
<b>Assicurazione/ Contratto di Assicurazione/Polizza:</b>	I documenti contrattuali che provano l'assicurazione;
<b>Broker:</b>	La Società iscritta al Registro Unico degli Intermediari, a cui il Contraente ha facoltà di affidare, a norma della D. Lgs. 209/2005, la gestione del presente contratto.
<b>Premio:</b>	Il corrispettivo dovuto dall'Amministrazione Contraente all'Assicuratore;
<b>Indennità:</b>	La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro;
<b>Sinistro:</b>	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
<b>Malattia:</b>	Ogni alterazione dello stato di salute, anche temporaneo, non dipendente da infortunio;
<b>Grave malattia:</b>	Ogni malattia indicata nell'Elenco 1 – <i>Gravi malattie</i> ;
<b>Rischio:</b>	La probabilità che si verifichi il sinistro;
<b>Infortunio:</b>	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono considerati infortuni anche: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ l'asfissia non di origine morbosa;</li> <li>✓ gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;</li> <li>✓ le affezioni e gli avvelenamenti conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari;</li> <li>✓ l'annegamento;</li> <li>✓ l'assideramento o il congelamento;</li> <li>✓ i colpi di sole o di calore o di freddo;</li> <li>✓ la folgorazione;</li> <li>✓ le lesioni determinate da sforzi con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini;</li> <li>✓ quelli sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici,</li> </ul>

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

	<p>dall’uso di allucinogeni o dall’uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ quelli subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi in deroga all’art. 1900 c.c.;</li> <li>✓ quelli conseguenti ad atti compiuti dall’Assicurato per dovere di solidarietà umana e per legittima difesa;</li> <li>✓ quelli causati da ubriachezza purché non alla guida di veicoli e/o natanti;</li> <li>✓ quelli derivanti da tumulti popolari, scioperi, sommosse, a condizione che l’Assicurato non vi abbia preso parte attiva;</li> </ul>
<b>Intervento chirurgico:</b>	Atto terapeutico realizzato mediante l’uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature ad essi alternativi, compreso l’utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni. Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l’introduzione di idoneo strumentario all’interno dell’organismo, fermo rimanendo quanto previsto al paragrafo D.1 punto B) <i>Rimborso spese per accertamenti di “alta diagnostica”</i> ;
<b>Grande intervento chirurgico:</b>	Ogni intervento chirurgico indicato nell’Elenco 2 – Grandi interventi chirurgici;
<b>Ricovero:</b>	La degenza, comportante pernottamento, in Istituto di cura autorizzato all’erogazione dell’assistenza ospedaliera;
<b>Day hospital:</b>	La degenza esclusivamente diurna, documentata da cartella clinica, in Istituto di cura;
<b>Istituto di cura:</b>	Ogni struttura sanitaria, pubblica o privata, (ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario), che in base ai requisiti di legge e a quanto previsto dalle competenti autorità, è idonea all’erogazione dell’assistenza ospedaliera; non sono considerati "Istituti di Cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;
<b>Centro convenzionato:</b>	Istituto di cura (centro) che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti, in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto a termini di polizza, direttamente dall’Assicuratore, come identificato al paragrafo D.4 – Centri Convenzionati;
<b>Franchigia:</b>	La somma, predeterminata in misura fissa, che, in caso di sinistro, dedotta dall’indennità, resta a carico dell’Assicurato
<b>Scoperto:</b>	La somma, espressa in valore percentuale che, in caso di sinistro, dedotta dall’indennità, resta a carico dell’Assicurato.
<b>Medicina alternativa o complementare (MAC):</b>	Le pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO  
DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN  
CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE  
COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI  
NUCLEI FAMILIARI**

**C. 2 - VALIDITÀ ESCLUSIVA DELLE NORME DATTILOSCRITTE**

Si intendono valide ed efficaci solo le norme dattiloscritte.

La firma apposta dall’Amministrazione Contraente e/o Assicurato su moduli a stampa vale solo quale presa d’atto del premio e/o della ripartizione del rischio tra le imprese di assicurazione partecipanti alla Coassicurazione.

**C. 3 - INTERPRETAZIONE DELLE CLAUSOLE CONTRATTUALI**

In caso di dubbia interpretazione delle clausole contrattuali prevarrà l’interpretazione estensiva e/o più favorevole all’Amministrazione Contraente/Assicurato.

**C. 4 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI TRA L’AMMINISTRAZIONE CONTRAENTE E L’ASSICURATORE**

Qualsiasi comunicazione dovrà essere effettuata tramite lettera raccomandata A/R e/o telefax e/o pec e/o a mezzo corriere e/o altro mezzo che renda documentabile il ricevimento della comunicazione, indirizzati all’Assicuratore nel domicilio legale indicato nel Contratto. Le comunicazioni si intenderanno ricevute nel momento in cui perverranno all’indirizzo del destinatario (se effettuate mediante lettera raccomandata A.R. o a mezzo corriere) o alla data risultante dalla ricevuta di trasmissione (se effettuate tramite telefax o PEC).

Analoga procedura adotterà l’Assicuratore nei confronti dell’Amministrazione Contraente e dell’Assicurato.

Resta salvo quanto previsto dal paragrafo D.2 - *Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa* in merito alle comunicazioni ivi previste.

**C. 5- DURATA E DECORRENZA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

L’Assicurazione avrà validità di 36 (trentasei) mesi con decorrenza dalle ore 24.00 del **31.12.2022** alle ore 24.00 del **31.12.2025**.

L’Assicurazione cesserà automaticamente alla sua naturale scadenza senza obbligo di preavviso, né possibilità di tacito o unilaterale rinnovo.

L’Assicuratore, su richiesta del Contraente da inoltrarsi a mezzo pec, entro 30 gg. dalla scadenza, si impegna a prorogare l’assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo fino a 180 (centottanta) giorni oltre la scadenza contrattuale stessa, al fine di procedere all’espletamento di nuova gara.

**C.6 – PENALI**

In caso di mancato rispetto del termine di liquidazione nell’ipotesi in cui l’Assicuratore effettui il pagamento di quanto dovuto direttamente all’Assicurato, così come previsto al paragrafo D.8 – *Criteri di liquidazione, modalità di pagamento e di rimborso*, resta convenuto che l’Assicuratore è tenuto al pagamento all’Amministrazione contraente, a titolo di penale ai sensi dell’art. 1382 c.c. e con l’espressa risarcibilità dell’ulteriore danno, della somma di **€ 200,00** (duecento/00) per ogni giorno di ritardo.



**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

In caso di mancato rispetto di quanto disposto dal paragrafo F.1 – *Reportistica dei sinistri*, resta convenuto che l’Assicuratore è tenuto al pagamento, a titolo di penale della somma di € 100,00 (cento/00) per ogni giorno di ritardo, fatto salvo il risarcimento del maggior danno.

**C.7 - COASSICURAZIONE E DELEGA**

Qualora l’Assicuratore intenda avvalersi dell’istituto della coassicurazione diretta, la gestione del Contratto sarà affidata all’impresa delegataria indicata nel Contratto medesimo; di conseguenza tutti i rapporti inerenti il Contratto intercorreranno con l’impresa delegataria.

Tutti gli atti di gestione compiuti dall’impresa delegataria per conto comune saranno validi ed efficaci anche nei confronti delle altre imprese coassicuratrici.

Pertanto, la firma apposta dall’impresa delegataria sul Contratto di assicurazione sarà ad ogni effetto valida anche per le quote delle coassicuratrici.

Ai sensi dell’art. 1911 Codice Civile, ciascuna impresa coassicuratrice risponderà della quota di rischio assunta.

**C.8 - ELEMENTI PER LA DETERMINAZIONE DEL PREMIO**

Ai fini della determinazione dei premi relativi alle garanzie assicurative previste dal presente Capitolato Tecnico, fermi restando il numero dei nuclei familiari assicurati al 31 dicembre 2021 e la loro suddivisione in categorie così come indicata alla sezione B - QUANTITATIVI del presente Capitolato Tecnico, si forniscono di seguito dei dati di ulteriore dettaglio su ciascuna categoria e in particolare:

**A) la classificazione di ciascuna categoria in Classi di età e sesso dei soggetti assicurati:**

**A1- Classi di età e sesso relativi alla categoria "Nuclei familiari del personale in attività presso la Corte costituzionale compresi Giudici costituzionali in carica"**

Classi di età	Femmine	Femmine non fiscalmente a carico purché conviventi (*)	Maschi	Maschi non fiscalmente a carico purché conviventi (*)	Totale Complessivo
0-30	132	5	121	5	253
31-40	32	6	24	4	56
41-50	57	0	36	1	93
51-60	99	0	105	0	204
61-75	36	0	41	0	77
Oltre 75	2	0	5	0	7
<b>TOTALE</b>	<b>358</b>	<b>11</b>	<b>332</b>	<b>10</b>	<b>690</b>

(\*) - Numero già ricompreso nel totale della colonna a fianco

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA' PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

**A2- Classi di età e sesso relativi allo scaglione "Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età inferiore ai 75 anni"**

Classi di età	Femmine	Femmine non fiscalmente a carico purché conviventi (*)	Maschi	Maschi non fiscalmente a carico purché conviventi (*)	Totale Complessivo
0-30	13	2	12	2	25
31-40	13	3	22	1	35
41-50	14	7	7	2	21
51-60	17	0	3	0	20
61-75	85	0	70	0	155
Oltre 75	1	0	7	0	8
<b>TOTALE</b>	<b>143</b>	<b>12</b>	<b>121</b>	<b>5</b>	<b>264</b>

(\*) - Numero già ricompreso nel totale della colonna a fianco

**A3- Classi di età e sesso relativi alla categoria "Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età superiore ai 75 anni"**

Classi di età	Femmine	Femmine non fiscalmente a carico purché conviventi (*)	Maschi	Maschi non fiscalmente a carico purché conviventi (*)	Totale Complessivo
0-30	0	0	0	0	0
31-40	1	0	2	0	3
41-50	2	0	5	2	7
51-60	2	1	3	3	5
61-75	15	2	1	0	16
Oltre 75	89	0	50	0	139
<b>TOTALE</b>	<b>109</b>	<b>3</b>	<b>61</b>	<b>5</b>	<b>170</b>

(\*) - Numero già ricompreso nel totale della colonna a fianco

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA' PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

**B) il dettaglio per ciascuna categoria della numerosità dei componenti i nuclei familiari**

**B1- Numerosità componenti nuclei familiari relativi alla categoria "Nuclei familiari del personale in attività presso la Corte costituzionale compresi Giudici costituzionali in carica"**

Numerosità componenti nuclei familiari	Totale dei nuclei familiari
1 persona	22
2 persone	42
3 persone	60
4 persone	90
5 persone	7
6 persone	1
7 persone	0
8 persone	0
<b>TOTALE</b>	<b>222</b>

**B2- Numerosità componenti nuclei familiari relativi alla categoria "Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età inferiore ai 75 anni"**

Numerosità componenti nuclei familiari	Totale dei nuclei familiari
1 persona	18
2 persone	38
3 persone	32
4 persone	18
5 persone	1
6 persone	0
7 persone	0
8 persone	0
<b>TOTALE</b>	<b>107</b>

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA' PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

**B3- Numerosità componenti nuclei familiari relativi alla categoria "Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età superiore ai 75 anni"**

Numerosità componenti nuclei familiari	Totale dei nuclei familiari
1 persona	69
2 persone	39
3 persone	5
4 persone	2
5 persone	0
6 persone	0
7 persone	0
8 persone	0
<b>TOTALE</b>	<b>115</b>

Nonché i dati relativi ai sinistri ed ai premi inerenti gli anni 2020, 2021 dettagliati nell'allegato 1 al Disciplinare.

Infine, si riportano i dati relativi ai "Parenti ed affini entro il II° grado", purché conviventi fra loro, dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa, come previsti nel punto *D.2 Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa*, lett. a) e b), nonché il Personale assicurato che cessa dal servizio presso l'Amministrazione che possono stipulare distinte polizze individuali che garantiscano almeno le coperture assicurative indicate nella successiva Sezione – *Condizioni dei servizi assicurativi di assistenza sanitaria integrativa, D.1 – oggetto dell'assicurazione, lett. A) e B)*, fermo restando che i menzionati contratti non possono comportare nessun onere per l'Amministrazione ed il cui premio è interamente a carico del beneficiario della polizza.

**C1- Polizza relativa a "Parenti ed affini entro il II grado"** dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa, come previsti nel punto *D.2 Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa*, lett. a) e b), nonché il Personale assicurato che cessa dal servizio presso l'Amministrazione

Numerosità componenti nuclei familiari	Totale dei nuclei familiari
1 persona	7
2 persone	10

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA' PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

3 persone	2
4 persone	1
5 persone	0
<b>TOTALE</b>	<b>20</b>

**C2- Polizza relativa a "Parenti ed affini entro il II grado"** dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa, come previsti nel punto *D.2 Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa, lett. a) e b)*, nonché il Personale assicurato che cessa dal servizio presso l'Amministrazione

<b>Classi di età</b>	<b>Femmine</b>	<b>Maschi</b>	<b>Totale Complessivo</b>
0-30	1	1	2
31-40	1	0	1
41-50	1	0	1
51-60	3	2	5
61-75	8	5	13
Oltre 75	9	7	16
<b>TOTALE</b>	<b>23</b>	<b>15</b>	<b>38</b>

**C.9 – INCLUSIONE DEI NUCLEI ASSICURATI, PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO**

Per gli anni assicurativi 2023, 2024 e 2025, l'Amministrazione comunicherà entro il 31 dicembre di ogni anno l'elenco del personale con il proprio nucleo familiare che avrà aderito alle garanzie assicurative previste nel presente Capitolato Tecnico.

Qualora il personale già in servizio con il proprio nucleo familiare non aderisca entro il termine previsto, potrà aderirvi unicamente a far data dall'annualità successiva.

L'Amministrazione potrà, nel corso dell'anno assicurativo, includere un nuovo nucleo familiare solo ed esclusivamente per il dipendente che prende servizio presso la Corte costituzionale nel corso dell'anno ed escludere i nuclei familiari estinti nel corso dell'anno assicurativo, dove per estinzione del nucleo familiare si intende il decesso dell'unico componente residuo del nucleo familiare stesso.

Per il personale che prende servizio presso la Corte costituzionale nel corso dell'anno, ed il relativo nucleo familiare, l'efficacia delle coperture assicurative decorrerà dalle ore 24.00 del giorno in cui l'Amministrazione contraente invierà la comunicazione di inclusione all'Assicuratore tramite fax, e-mail o PEC.

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO  
DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN  
CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA' PRESSO LA CORTE  
COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI  
NUCLEI FAMILIARI**

Nel caso di esclusioni dalla copertura nel corso dell'anno assicurativo di uno o più nuclei familiari per estinzione del nucleo stesso, l'avvenuta estinzione verrà tempestivamente comunicata dall'Amministrazione e la copertura cesserà la sua efficacia a far data dalla naturale estinzione del nucleo familiare.

Per gli anni assicurativi 2023, 2024 e 2025, l'Amministrazione verserà entro il 31 gennaio di ogni annualità assicurativa un premio anticipato pari al 50% del premio annuo previsto dal Contratto; la rimanente parte del premio annuale, dovuta ai termini di polizza, verrà saldata entro il 28 febbraio di ogni anno, sulla base del numero dei nuclei familiari effettivamente assicurati, compresi nell'elenco redatto a cura della Corte costituzionale, come specificato al paragrafo D.2 - *Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa*.

Ai fini del pagamento del premio e del relativo conguaglio per gli anni assicurativi 2023, 2024 e 2025 resta comunque inteso che:

1. nel caso di inclusioni:

- a) se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno solare, la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- b) se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno, solare verrà corrisposto il 60% (sessanta per cento) del premio annuo;

2. nel caso di esclusioni, l'Assicuratore restituirà la parte di premio ricevuta e non goduta, al netto delle imposte, in ragione di 1/360 del premio annuale del nucleo familiare escluso per ogni mese di garanzia residua.

Rimane comunque inteso che l'eventuale conguaglio delle inclusioni/esclusioni dei nuclei familiari avverrà entro il 31 gennaio dell'annualità successiva a quella di riferimento.

Qualora non venissero pagate le rate di premio o i successivi premi a conguaglio, secondo quanto previsto al presente paragrafo, l'assicurazione resterà sospesa dalle ore 24.00 del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello della scadenza e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

#### **C.10 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE - MEDIAZIONE**

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono:

- conferire per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuta l'indennità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano, fin d'ora, a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO  
DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN  
CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE  
COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI  
NUCLEI FAMILIARI**

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Oppure:

- attivare un procedimento stragiudiziale di mediazione (ai sensi del D.Lgs. 28/2010 e successive integrazioni e modificazioni), presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia ed istituito presso le sedi appositamente previste, che inviterà l’altra parte ad aderire e a partecipare all’incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del D.Lgs. 28/2010, nel rispetto del Regolamento di conciliazione da questo adottato. Detto Organismo, a scelta del Contraente o dell’Assicurato, può avere sede nella medesima provincia ove gli Stessi risiedono.

In caso di più domande relative alla stessa controversia trova applicazione il criterio di priorità cronologica, e cioè la mediazione si svolgerà avanti l’organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza di mediazione.

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, la parte interessata potrà agire in giudizio. In tale caso foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede il Contraente o dell’Assicurato.

#### **C.11 – SPESE ED ONERI FISCALI**

Sono a carico dell’Assicuratore tutte le spese di copia, stampa, registrazione ed altre inerenti al presente atto.

Per quanto riguarda le imposte, tasse ed altri oneri fiscali relativi all’Assicurazione si applicano le disposizioni legislative in materia.

#### **C.12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

L’assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente regolato dalle condizioni di polizza valgono le norme di legge.

#### **C.13 – TRACCIABILITÀ FLUSSI FINANZIARI**

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 ss.mm.ii.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all’espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell’inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all’art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

L’Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all’appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l’assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all’espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

La Società s’impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all’espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall’art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all’espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell’art. 1456 c.c..

La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all’altra che intende valersi della presente clausola risolutiva.

La risoluzione, in base all’art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

#### **C. 14 ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA**

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell’interesse di chi spetta. In caso di sinistro però, i Terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei Periti da eleggersi dalla Società e dal Contraente, né azione alcuna per impugnare la perizia, convenendosi che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall’assicurazione stessa non possono essere esercitati che dal Contraente. L’indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio non potrà essere versata se non con l’intervento, all’atto del pagamento, dei terzi interessati. Si conviene tra le parti che, in caso di sinistro che colpisca beni sia di Terzi che del Contraente, su richiesta di quest’ultimo si procederà alla liquidazione separata per ciascun avente diritto. A tale scopo i Periti e gli Incaricati della liquidazione del danno provvederanno a redigere per ciascun reclamante, un atto di liquidazione, La Società effettuerà il pagamento del danno, fermo quant’altro previsto dalla polizza, a ciascun avente diritto.



**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO  
DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN  
CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE  
COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI  
NUCLEI FAMILIARI**

**SEZIONE D - CONDIZIONI DEI SERVIZI ASSICURATIVI DI ASSISTENZA  
SANITARIA INTEGRATIVA**

**D.1 - OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE**

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

**A) Rimborso delle spese ospedaliere**

L’assicurazione rimborsa le spese sostenute dall’Assicurato, fino alla concorrenza del massimale di **€ 450.000,00** (quattrocentocinquantamila/00), raddoppiabile in caso di *Grande Intervento Chirurgico* o di *Grave malattia*, per anno assicurativo e nucleo familiare, in caso di ricovero – con o senza intervento chirurgico – in Istituto di cura pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (day hospital), o d’intervento chirurgico ambulatoriale, reso necessario da malattia o infortunio, come di seguito specificato:

- a) per gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza (con il limite di € 500,00 (cinquecento/00) pro-die), la terapia intensiva, gli onorari dei medici e delle equipe chirurgiche, i diritti di sala operatoria per il materiale d’intervento (ivi compresi le endoprotesi applicate durante l’intervento stesso);
- b) per le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), effettuati anche al di fuori dell’Istituto di cura, nei 150 (centocinquanta) giorni che precedono il ricovero, o l’intervento ambulatoriale, e ne abbiano evidenziato la necessità;
- c) per le prestazioni mediche e gli esami diagnostici, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da personale sanitario autorizzato e per le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio) sostenute nei 150 (centocinquanta) giorni successivi a quello di cessazione del ricovero o dell’intervento chirurgico ambulatoriale.

Le prestazioni sopra descritte possono essere sostituite, a scelta dell’Assicurato, dalla corresponsione di un’indennità giornaliera di € 100,00 (cento/00), ridotti ad € 50,00 (cinquanta/00) in caso di day hospital per un massimo di 200 (duecento) giorni per anno assicurativo. Il giorno del ricovero e quello di dimissione sono considerati, agli effetti della liquidazione, come giorno unico.

Inoltre, l’Assicuratore rimborsa:

- a) in caso di ricovero in Italia, le spese di trasporto con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato sia dal luogo dove si trova l’Assicurato all’istituto di cura e viceversa, sia da un istituto di cura all’altro, entro il limite di €3.500,00 (tremilacinquecento/00) per anno assicurativo; in caso di ricovero con intervento chirurgico all’estero, invece, verranno rimborsate le spese di trasporto, sempre entro il limite di cui sopra, limitatamente al viaggio di andata e ritorno connesso al ricovero;
- b) in caso di parto non cesareo, le spese sostenute durante il ricovero entro il limite di € 3.600,00 (tremilaseicento/00) per anno/nucleo;
- c) in caso di parto cesareo, le spese sostenute durante il ricovero entro il limite di € 8.000,00 (ottomila) per anno/nucleo;

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

- d) le spese sostenute per il pernottamento di un accompagnatore, fino ad un massimo di € 120,00 (centoventi/00) giornalieri e per non più di 50 (cinquanta) giorni per anno assicurativo;
- e) in caso di trapianti di organi, le spese sostenute per il loro prelievo e il loro trasporto, entro il limite del massimale;
- f) in caso di decesso all’estero, conseguente a uno degli eventi assicurati, le spese sostenute per il rimpatrio della salma, entro il limite di €5.500,00 (cinquemilacinquecento/00) per anno assicurativo.

Oltre a quanto sopra l’Assicuratore rimborserà in caso di malattia oncologica, entro il limite del massimale di € 10.000,00 (diecimila/00) per evento:

- a) le spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che accertino la malattia oncologica, anche se non seguiti da ricovero;
- b) in presenza di ricovero, le spese per visite specialistiche e terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla malattia oncologica nei due anni successivi alla data di cessazione del primo ricovero relativo alla malattia stessa;
- c) in presenza di ricovero, le spese per l’assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio nei 60 (sessanta) giorni successivi alla data di dimissione.

***B) Rimborso spese per accertamenti di “alta diagnostica”***

L’Assicuratore rimborsa, fino alla concorrenza del massimale di € 4.000,00 (quattromila/00) per anno assicurativo e per nucleo familiare, le spese per gli esami di alta diagnostica sottoelencati, purché pertinenti a una malattia o a un infortunio:

- TEST NON INVASIVI PRENATALI (NIPT)
- AMNIOCENTESI
- PET
- TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC)
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN)
- ECOTOMOGRAFIA
- SCINTIGRAFIA
- ANGIOGRAFIA
- ANGIOGRAFIA DIGITALE
- FLEBOGRAFIA
- ESAME HOLTER
- ECODOPPLER
- ECOCARDIOGRAFIA A RIPOSO ED A SFORZO
- ECOGRAFIA INTRA VASCOLARE
- ECOGRAFIA TRANS-ESOFAGEA
- ECOCONTRASTOGRAFIA
- ELETTROENCEFALOGRAMMA
- ELETTROMIOGRAFIA

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

- CORONAROGRAFIA
- FLUOROANGIOGRAFIA OCULARE
- ISTEROSALPINOGRAFIA
- BRONCOSCOPIA
- BRONCOGRAFIA
- ARTROGRAFIA
- MIELOGRAFIA
- SCIALOGRAFIA CON CONTRASTO
- DIAGNOSTICA ENDOSCOPICA DELL’APPARATO DIGERENTE ED UROLOGICO
- DENSINTOMETRIA OSSEA
- RADIONENFOGRAMMA
- ESAMI ISTOPATOLOGICI RIFERITI AI SUDETTI ACCERTAMENTI.

Nel caso in cui le prestazioni siano preventivamente autorizzate e effettuate in un centro convenzionato, verranno prestate senza scoperto a carico dell’Assicurato; se effettuate in un centro non convenzionato o presso un centro convenzionato, ma non preventivamente autorizzate, verranno rimborsate con uno scoperto del 13% (tredici per cento) a carico dell’Assicurato con il minimo di € 35,00 (trentacinque/00).

Nel caso le prestazioni sopra descritte vengano eseguite in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, l’eventuale *ticket* verrà rimborsato al 100 % (cento per cento) senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso le prestazioni sopra descritte vengano eseguite in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, in regime di intramoenia, se trattasi di esami diagnostici, il costo degli stessi verrà integralmente rimborsato, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

***C) Rimborso spese per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici***

L’Assicuratore rimborsa, fino alla concorrenza del massimale di €3.300,00 (tremilatrecento/00) per anno assicurativo e nucleo familiare, le spese per visite mediche specialistiche (ambulatoriali o domiciliari, con esclusione comunque di quelle odontoiatriche e ortodontiche) ed esami diagnostici (strumentali e di laboratorio), non rientranti nell’elenco di cui al precedente punto B), purché pertinenti a una malattia o a un infortunio.

Nel caso in cui le prestazioni siano autorizzate e effettuate in un centro convenzionato, verranno prestate senza scoperto a carico dell’Assicurato; se effettuate in un centro non convenzionato o presso un centro convenzionato, ma non preventivamente autorizzate, verranno rimborsate per il 66% (sessantasei per cento) senza scoperto a carico dell’Assicurato.

Nel caso le prestazioni sopra descritte vengano eseguite in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, l’eventuale *ticket* verrà rimborsato al 100 % (cento per cento) senza applicazione di alcun scoperto o franchigia.

Nel caso le prestazioni sopra descritte vengano eseguite in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, in regime di intramoenia, se trattasi di esami diagnostici il costo degli stessi verrà integralmente

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO  
DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN  
CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE  
COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI  
NUCLEI FAMILIARI**

rimborsato, senza applicazione di alcun scoperto o franchigia, se trattasi di visite specialistiche il costo delle stesse verrà rimborsato nella misura del 80% (ottanta per cento).

***D) Rimborso spese per acquisto lenti ed occhiali***

L’Assicuratore rimborsa l’acquisto di lenti da vista, in seguito a modifica di visus, comprese le lenti a contatto, fino a concorrenza di € 350,00 (trecentocinquanta/00) per anno solare e per nucleo familiare.

***E) Rimborso spese per trattamenti fisioterapici, resi necessari a seguito di infortunio***

L’Assicuratore rimborsa trattamenti fisioterapici e rieducativi e noleggio di apparecchiature per trattamenti fisioterapici con il limite di € 500,00 (cinquecento/00) per anno solare e nucleo familiare, con applicazione di una franchigia di €25,00 (venticinque/00) per ciclo di cura, eccetto il caso in cui sia utilizzato un centro convenzionato.

***F) Rimborso spese per Long Term Care (LTC)***

L’Assicuratore garantisce una rendita per il caso di “non autosufficienza”, in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell’Assicurato, manifestatosi durante il periodo di vigore della copertura assicurativa e denunciato entro i termini di prescrizione stabilita dalla legge e fino alla persistenza di tale stato, la compagnia erogherà con periodicità mensile un importo di € 300,00 (trecento/00) per un periodo massimo di anni 2 (due) a partire dalla data della manifestazione dell’evento, che ha portato alla non autosufficienza. La copertura è valida per ciascun componente assicurato in polizza, affetto dall’invalidità sotto specificata.

Per stato di non autosufficienza si intende: “si considera in stato di non autosufficienza l’Assicurato che, a causa di una malattia, di una lesione o la perdita delle forze, si trova in uno stato tale da avere bisogno quotidianamente e in misura notevole dell’assistenza di un’altra persona nel compiere almeno quattro delle seguenti sei azioni consuete della vita quotidiana, nonostante l’uso di ausili tecnici e medici: 1) muoversi nella stanza; 2) alzarsi e mettersi a letto; 3) vestirsi e svestirsi; 4) consumare cibi e bevande; 5) lavarsi, pettinarsi e farsi la barba; 6) funzioni fisiologiche.”

***G) Prestazioni aggiuntive***

L’Assicuratore garantisce una o entrambe le tipologie di prestazioni di seguito descritte il cui dettaglio è riportato a titolo esemplificativo, formulando la propria proposta in merito al contenuto delle prestazioni che saranno effettivamente ricomprese.

Ciascuna tipologia di prestazione può riguardare ciascuna persona assicurata e può essere erogata anche a scopo preventivo e quindi in assenza di alterazioni morbose, nel limite annuo di € 250,00 per persona esclusivamente in strutture convenzionate una volta l’anno.

***G.1) Check-up***

Si tratta di una serie di prestazioni sanitarie di natura preventiva per l’intero nucleo familiare, erogabili senza l’indicazione della patologia.

L’Assicuratore rimborserà i seguenti accertamenti diagnostici:

- a) DONNA (gino-test):
  - Esame mammografico;

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

- Esame citologico secondo Papanicolau (pap-test);
- Esame elettrocardiografico;
- b) UOMO (andro – test):
  - Elettrocardiogrammi a riposo e da sforzo;
  - Esame radiologico del torace;
  - Esami del sangue: emocromo, glicemia, VES, LDL, azotemia, creatininemia, HDL, quadrolipidico.

### **G.2) Opzione Pocket**

L’Assicurato avrà la possibilità di effettuare, a tariffa agevolata, le seguenti prestazioni di cui abbia necessità presso i Centri Convenzionati per:

- ✓ prestazioni odontoiatriche;
- ✓ prestazioni mediche;
- ✓ prestazioni fisioterapiche;
- ✓ prestazioni sanitarie di medicina alternativa;
- ✓ esami ematochimici o di laboratorio;

### **D.2 - SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA**

L’assicurazione è prestata in favore dei soggetti sotto riportati, indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assicurati:

- a) i Giudici costituzionali, in carica ed emeriti;
- b) il personale in attività presso la Corte costituzionale ed i pensionati della Corte costituzionale.

L’assicurazione comprende l’intero nucleo familiare, inteso come l’insieme di almeno uno dei soggetti di cui alle precedenti lettere a) e b) ed iscritti al Fondo Erogazioni Assistenziali – F.E.A. e:

- del coniuge, anche se non legalmente a carico. Al coniuge è parificato per questi effetti il convivente more uxorio;
- dei figli fiscalmente a carico.

L’elenco dei nuclei familiari da includere nella copertura assicurativa, suddivisi per categorie, con il dettaglio per ciascun nucleo familiare:

- del codice identificativo attribuito dalla Corte costituzionale a ciascun nucleo familiare,
- dei dati anagrafici del soggetto avente diritto alla copertura ed iscritto al Fondo Erogazioni Assistenziali F.E.A. e di tutti gli altri soggetti appartenenti al nucleo familiare,

verrà fornito dalla Corte costituzionale, su supporto informatico, entro il 31 dicembre di ogni anno, fermo restando quanto previsto al punto C.9 - *Inclusione dei nuclei assicurati, Pagamento e Regolazione del premio* in merito alla comunicazione entro il 28 febbraio di ogni anno dei nuclei familiari effettivamente assicurati; ai fini della copertura assicurativa, l’elenco esaustivo rimarrà quello comunicato entro il 28 febbraio di ogni anno. Resta inteso tra le parti che per quei nuclei comunicati nell’elenco di febbraio e non compresi

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

in quello del mese di dicembre la copertura avrà comunque efficacia a partire dalle ore 24.00 del 31 dicembre di ogni anno.

Gli aggiornamenti, concernenti ogni variazione dei nuclei familiari assicurati che dovesse verificarsi nel corso di ciascun periodo assicurativo, saranno, ai fini della decorrenza della copertura assicurativa, tempestivamente comunicati dall’Amministrazione Contraente e l’efficacia delle coperture decorrerà dalle ore 24.00 del giorno in cui la predetta comunicazione verrà inviata all’Aggiudicatario (tramite fax, e-mail o PEC).

L’Aggiudicatario si impegna a stipulare, previa comunicazione dell’Amministrazione, distinte polizze individuali che garantiscano almeno le coperture assicurative indicate nella successiva *Sezione D – Condizioni dei servizi assicurativi di assistenza sanitaria integrativa, D.1 – Oggetto dell’assicurazione, Lett. A) e Lett. B)*. I premi di tali polizze sono indicati nella *Sezione E – Condizioni particolari di assicurazione, E.2 Estensione ai "Parenti ed affini entro il II grado" dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa, come previsti nel punto D.2 Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa, lett. a) e b)*, nonché il Personale assicurato che cessa dal servizio presso l’Amministrazione. Tali polizze non comportano oneri per l’Amministrazione.

### **D.3 - TERMINI DI ASPETTATIVA E DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI**

Come previsto al paragrafo C.5 - *Durata e decorrenza del Contratto di Assicurazione*, l’assicurazione decorre dalle ore 24.00 del **31.12.2022** alle ore 23.59 del **31.12.2025**.

L’assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del **31.12.2022**.

Per il neonato e per il coniuge il diritto decorre dalla nascita o dal matrimonio.

Qualora, in caso di:

- disdetta della polizza o risoluzione del Contratto di Assicurazione;
- scadenza della polizza;

il ricovero e/o un evento, che comporti la validità della garanzia assicurativa, non si siano ancora esauriti nella loro temporalità alla data di cessazione della garanzia assicurativa, l’Assicuratore liquiderà comunque quanto dovuto, secondo le garanzie previste, al termine del ricovero e/o dell’evento.

### **D.4 - CENTRI CONVENZIONATI - NETWORK**

L’Assicuratore deve fornire un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati nella quale gli Assicurati possono ricoverarsi. L’Assicuratore si impegna a prendere in carico e pre-autorizzare le prestazioni entro 2 gg lavorativi.

Il servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati, è valido per tutte le garanzie in polizza.

Le spese per le prestazioni erogate all’Assicurato nel caso di utilizzo di strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, vengono liquidate direttamente dall’Assicuratore alle strutture stesse, ad eccezione delle franchigie di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa e fermo restando quanto disciplinato al *punto 4.* del paragrafo D.8.2 - *Modalità di pagamento e rimborso delle spese ospedaliere conseguenti a ricovero con o senza intervento chirurgico.*

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO  
DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN  
CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE  
COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI  
NUCLEI FAMILIARI**

#### **D.5 - ESTENSIONI TERRITORIALI**

L’assicurazione vale per il mondo intero.

I rimborsi di spese sostenute all'estero verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni del competente organo.

#### **D.6 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI**

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad "esaurimento nervoso";
- b) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- c) ricoveri e le cure in genere dovuti a sindrome da immuno-deficienza acquisita (A.I.D.S.);
- d) le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni non funzionali, preesistenti, alla stipulazione del Contratto;
- e) le prestazioni di carattere dietologico ed estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- f) le terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza e della sterilità, nonché quelle rientranti nell'ambito della fecondità assistita;
- g) l'agopuntura non effettuata da medico;
- h) l'aborto volontario;
- i) le cure dentarie conservative e/o chirurgiche (ivi comprese quelle protesiche) e le periodontopatie, salvo quanto previsto al punto *D.1 – Oggetto dell’assicurazione, Lett. G) Prestazioni aggiuntive*, e salvo conseguenti a infortunio;
- j) gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- k) l'acquisto, la manutenzione, la riparazione e la sostituzione di apparecchi protesici salvo quanto previsto dal paragrafo D.1 - Oggetto dell’assicurazione;
- l) le conseguenze di esposizioni a forme di radioattività artificiale, salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- m) gli infortuni imputabili a stato di ubriachezza qualora alla guida di veicoli, a influenza di sostanze stupefacenti o simili, od in conseguenza di illeciti commessi dolosamente dall'Assicurato;
- n) gli infortuni derivanti da guerre ed invasioni, le garanzie comprendono tuttavia gli infortuni derivanti da stato di guerra, anche non dichiarata, per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero;
- o) gli infortuni derivanti e/o conseguenti, direttamente o indirettamente, da contaminazione di qualsiasi natura, nonché da contagio/infezione nei casi di pandemia o epidemia riconosciuta come tale, dalle autorità sanitarie regionali, nazionali o internazionali.

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO  
DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN  
CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE  
COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI  
NUCLEI FAMILIARI**

#### **D.7 - OBBLIGHI RELATIVI ALLA DENUNCIA DEI SINISTRI**

In caso di ricovero in Istituto di cura convenzionato, il Contraente e/o l'Assicurato dovranno prendere contatto direttamente con l'Istituto di Cura o con la centrale operativa comunicata dall'Assicuratore.

In caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato o in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o di utilizzo di equipe mediche non convenzionate, dovrà essere presentata denuncia scritta all'Assicuratore entro trenta (trenta) giorni dalla data di dimissione dall'Istituto di Cura.

In tutti gli altri casi, il Contraente e/o l'Assicurato, anche tramite soggetto delegato secondo le modalità dell'Assicuratore, devono presentare, entro 90 (novanta) giorni dal verificarsi del sinistro, denuncia scritta all'Assicuratore oppure caricamento su supporto informatico, messo a disposizione degli Assicurati dall'Assicuratore.

L'Assicurato dovrà sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dall'Assicuratore, fornire allo stesso ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa.

#### **D.8 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE, MODALITÀ DI PAGAMENTO E DI RIMBORSO**

##### ***D.8.1 Modalità di pagamento e rimborso delle spese per accertamenti di “alta diagnostica” e per le visite specialistiche ed accertamenti diagnostici***

Per quanto concerne le prestazioni di alta diagnostica, visite specialistiche ed accertamenti diagnostici l'Assicuratore, su presentazione da parte dell'Assicurato delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate, effettua il pagamento entro 5 (giorni) giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione completa; si precisa che il predetto termine decorrerà solo dal momento della presentazione della documentazione completa e quindi l'eventuale ritardo nel rimborso dovuto dalla presentazione di documentazione incompleta da parte dell'assicurato non comporterà l'applicazione delle penali di cui al paragrafo C.6 - Penali.

Il predetto rimborso dovrà avvenire su indicazione dell'Assicurato:

- a) o tramite bonifico su conto corrente indicato dal titolare del nucleo familiare e comunicato dall'Assicurato al momento della liquidazione o dall'Amministrazione all'atto della trasmissione dei dati anagrafici del nucleo stesso ai fini dell'inclusione in copertura;
- b) o tramite assegno circolare intestato al titolare del nucleo familiare.

L'Assicuratore invia una quietanza all'Assicurato dell'avvenuto rimborso del sinistro.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi, notule distinte o ricevute per ottenere il rimborso, l'Assicuratore effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente atto, al netto di quanto a carico dei predetti terzi, salvo quanto previsto dal paragrafo D. 9 - *Rinuncia della società al diritto di surrogazione*.

Nel corso di uno stesso periodo assicurativo annuo, l'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme delle prestazioni garantite non potrà superare il massimale annuo.

##### ***D.8.2 Modalità di pagamento e rimborso delle spese ospedaliere conseguenti a ricovero con o senza intervento chirurgico***

L'Assicuratore provvede al pagamento di quanto dovuto, in funzione delle varie tipologie delle prestazioni, come sotto descritto:



**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

**1. Ricoveri in istituti di Cura convenzionati**

- a) Ricoveri in Istituti di cura convenzionati con equipe medica convenzionata in caso di ricovero presso un Istituto di Cura convenzionato, con o senza intervento chirurgico, e sempreché l’intervento chirurgico sia eseguito da equipe operatoria altrettanto convenzionata, l’Assicuratore provvederà ad effettuare il pagamento diretto all’Istituto di Cura di tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero a termini della presente polizza.
- b) Ricoveri in Istituti di cura convenzionati con equipe medica non convenzionata in caso di ricovero presso un Istituto di Cura convenzionato, con intervento chirurgico che comporti l’assistenza di un’equipe operatoria non convenzionata, l’Assicuratore provvederà ad effettuare il pagamento diretto all’Istituto di Cura di tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero e rimborserà all’Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, entro 5 (giorni) giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione completa, le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni dell’equipe operatoria non convenzionata.

**2. Ricoveri in Istituti di Cura non convenzionati**

In caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato, l’Assicurato dovrà provvedere personalmente al pagamento delle spese sostenute durante il ricovero; l’Assicuratore rimborserà all’Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, entro 5 (giorni) giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione completa, le spese effettivamente sostenute durante il ricovero, nei limiti di quanto dovuto a termini di polizza.

**3. Ricoveri in strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

In caso di ricovero a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, l’Assicuratore rimborserà integralmente le spese effettivamente sostenute e rimaste a carico dell’Assicurato a termini della presente polizza, entro 5 (giorni) giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione completa.

**4. Spese precedenti e successive al ricovero**

Per le spese precedenti e successive al ricovero, con o senza intervento chirurgico, o all’intervento chirurgico ambulatoriale, previste dalla presente polizza, l’Assicurato dovrà provvedere personalmente al loro pagamento; l’Assicuratore rimborserà all’Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese sostenute.

Qualora l’Assicuratore non effettui direttamente il pagamento di quanto dovuto all’Assicurato, a termini della presente polizza, ma su presentazione delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate, il pagamento viene effettuato a cura ultimata entro 20 (venti) giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione completa; si precisa che il predetto termine decorrerà solo dal momento della presentazione della documentazione completa e quindi l’eventuale ritardo nel rimborso dovuto dalla presentazione di documentazione incompleta da parte dell’Assicurato non comporterà l’applicazione delle penali di cui al paragrafo C.6 - *Penali*.

Il predetto rimborso dovrà avvenire su indicazione dell’Assicurato:

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO  
DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN  
CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE  
COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI  
NUCLEI FAMILIARI**

- a) o tramite bonifico su conto corrente indicato dal titolare del nucleo familiare e comunicato dall’Assicurato al momento della liquidazione o dall’Amministrazione all’atto della trasmissione dei dati anagrafici del nucleo stesso ai fini dell’inclusione in copertura;
- b) o tramite assegno circolare intestato al titolare del nucleo familiare.

L’Assicuratore invia una quietanza all’Assicurato dell’avvenuto rimborso del sinistro.

Qualora l’Assicurato abbia presentato a terzi delle notule, distinte o ricevute per ottenere il rimborso, l’Assicuratore effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente atto al netto di quanto a carico dei predetti terzi, salvo quanto previsto dal paragrafo D.9 - *Rinuncia della società al diritto di surrogazione*. Nel corso di uno stesso periodo assicurativo annuo, l’ammontare complessivo degli indennizzi per l’insieme delle prestazioni garantite non potrà superare il massimale annuo.

#### **D.9 - RINUNCIA DELLA SOCIETÀ AL DIRITTO DI SURROGAZIONE**

L’Assicuratore dichiara di rinunciare, a favore dell’Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che possa competerle ai sensi dell’art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili, di conseguenza l’Assicuratore provvederà al rimborso integrale di quanto contrattualmente previsto.

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

**SEZIONE E - CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE**

**E.1 - ESTENSIONE DELLE GARANZIE AI FIGLI NON FISCALMENTE A CARICO PURCHÉ CONVIVENTI**

È data facoltà agli assicurati di includere in garanzia i figli non fiscalmente a carico purché conviventi. Il premio annuo, comprensivo di imposta per ogni figlio di cui sopra si intende stabilito pari ad un premio lordo annuo di € 700,00 (settecento/00).

La garanzia si intenderà operante a far data dalla comunicazione dell’Amministrazione di tutti i dati anagrafici del soggetto da includere in copertura e comunque contestualmente al nucleo familiare di appartenenza.

**E.2 - ESTENSIONE AI "PARENTI ED AFFINI ENTRO IL II GRADO" DEI SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA E DEL PERSONALE CHE CESSA DAL SERVIZIO**

E’ prevista l’estensione ai “parenti ed affini entro il II grado” dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa, come previsti nel punto *D.2 Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa*, lett. a) e b), nonché al Personale assicurato che cessa dal servizio presso l’Amministrazione, **previa esplicita comunicazione da parte della stessa, delle coperture assicurative indicate nella Sezione D – Condizioni dei servizi assicurativi di assistenza sanitaria integrativa, D.1 – Oggetto dell’assicurazione, Lett. A) e B)**, con i premi lordi annui indicati nella seguente tabella:

Numero assicurati	Età assicurati	Premio
1	minore 55 anni	Euro 1.897,50
	maggiore 55 anni	Euro 2.466,75
2	tutti sotto 55 anni	Euro 3.006,00
	uno sopra 55 anni	Euro 3.575,25
	due sopra 55 anni	Euro 4.144,50
3	tutti minori 55 anni	Euro 3.615,00
	uno sopra 55 anni	Euro 4.184,25
	due sopra 55 anni	Euro 4.753,50
	tutti sopra 55 anni	Euro 5.322,75
4	tutti minori 55 anni	Euro 4.207,50
	uno sopra 55 anni	Euro 4.776,75
	due sopra 55 anni	Euro 5.346,00
	tre sopra 55 anni	Euro 5.915,25
	tutti sopra 55 anni	Euro 6.484,50
5	tutti minori 55 anni	Euro 4.966,50
	uno sopra 55 anni	Euro 5.535,75
	due sopra 55 anni	Euro 6.105,00
	tre sopra 55 anni	Euro 6.674,25
	quattro sopra 55 anni	Euro 7.243,50
	tutti sopra 55 anni	Euro 7.812,75

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA' PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

**SEZIONE F - SERVIZI INCLUSI NELLA FORNITURA**

I servizi descritti nella presente sezione sono collegati ed accessori alla fornitura delle coperture assicurative e quindi sono prestati dall'Assicuratore unitamente all'Assicurazione medesima.

Il corrispettivo di tali servizi è compreso nel premio delle coperture assicurative.

**F.1 - REPORTISTICA DEI SINISTRI**

Al termine di ogni semestre, e comunque entro i 15 giorni solari successivi al termine del semestre, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Amministrazione contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della polizza. Tale elenco dovrà essere fornito in formato excel o access tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura) e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- ✓ codice identificativo attribuito dalla Corte costituzionale a ciascun nucleo familiare;
- ✓ numero di sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- ✓ data di accadimento dell'evento;
- ✓ data della denuncia;
- ✓ tipologia evento specificando se si tratta di Infortunio o Malattia;
- ✓ tipologia di garanzia distinta in:
  - Rimborso spese di ricovero-spese pre/post ricovero-indennità sostitutiva;
  - Rimborso per spese ed accertamenti di alta diagnostica;
  - Rimborso spese per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;
- ✓ tipologia di rimborso, se rimborso diretto o indiretto;
- ✓ indicazione di età e sesso dell'assicurato;
- ✓ indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
  - a. sinistro agli atti, senza seguito;
  - b) sinistro liquidato, in data \_\_\_\_\_ con liquidazione pari a € \_\_\_\_\_;
  - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo a riserva pari a € \_\_\_\_\_;
  - d) sinistro n. \_\_\_\_\_ pagato su riserva anno \_\_\_\_\_:
    - con liquidazione pari a € \_\_\_\_\_
    - importo della precedente riserva € \_\_\_\_\_
    - importo della differenza liquidazione/riserva: +/- € \_\_\_\_\_

Inoltre, l'Assicuratore si impegna a fornire semestralmente l'elenco completo dei sinistri respinti, corredato da relativa motivazione e data di chiusura; annualmente invece sarà tenuto a fornire il rapporto sinistri a premi riferito all'esercizio trascorso, sia in via aggregata che disaggregata.

Resta inteso che tutti i dati relativi ai sinistri, richiesti nel presente paragrafo, dovranno essere trasmessi ufficialmente dall'Assicuratore sia su supporto ottico/magnetico sia in formato cartaceo.

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO  
DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN  
CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE  
COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI  
NUCLEI FAMILIARI**

## **F.2 - PRESIDIO TECNICO PRESSO L’AMMINISTRAZIONE E NUMERI DEDICATI AL SERVIZIO**

L’Assicuratore deve garantire, per tutta la durata del Contratto di assicurazione, la presenza presso gli uffici comunicati dalla Corte costituzionale, per un numero complessivo di almeno 4 (quattro) ore/settimana, in orario antimeridiano, di un proprio referente tecnico, con il compito di fornire supporto e assistenza agli assicurati su tutte le informazioni inerenti:

- ✓ le condizioni di assicurazione;
- ✓ lo stato dei sinistri;
- ✓ i tempi di rimborso;

e ogni altra informazione necessaria ad agevolare la corretta e tempestiva erogazione del servizio.

Il precedente elenco si intende a titolo esemplificativo e non esaustivo.

Il referente tecnico dovrà, inoltre, fornire supporto agli assicurati nell’istruzione delle pratiche di rimborso e provvedere all’apertura delle stesse presso la sede dell’Amministrazione.

L’Assicuratore si obbliga a produrre entro 15 giorni solari dalla data di stipula del Contratto un documento illustrativo sintetico delle modalità di utilizzo delle coperture assicurative conformi alle condizioni previste al presente Capitolato Tecnico. Tale documento dovrà essere approvato dall’Amministrazione e dovrà contenere, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- sintesi delle condizioni di assicurazione, specificando massimali e limiti di rimborso;
- indicazione dei tempi di rimborso;
- modalità di istruzione delle pratiche di rimborso (allegando, eventualmente modulo predisposto per la richiesta di rimborso);
- indicazione del numero telefonico e di fax gratuiti dedicati al servizio;
- e-mail del referente tecnico;

e ogni altra indicazione volta ad informare gli assicurati sulle condizioni e le modalità di erogazione del servizio.

L’Assicuratore deve mettere, inoltre, a disposizione dell’Amministrazione e degli Assicurati, per tutta la durata del Contratto di assicurazione, un apposito numero telefonico ed uno di fax gratuiti dedicati al servizio, che funzionino da centro di ricezione e gestione delle chiamate relative alle richieste di informazioni. L’orario di ricezione delle chiamate sarà per tutti i giorni dell’anno (esclusi sabato, domenica e festivi) dalle ore 9:00 alle ore 17:30.

All’atto della stipula del Contratto, l’Assicuratore dovrà rendere noti i recapiti sopra indicati.

## **F.3 - RESPONSABILE DEL SERVIZIO**

Dalla data di attivazione del Contratto, l’Assicuratore dovrà mettere a disposizione dell’Amministrazione un Responsabile del Servizio, precedentemente identificato e nominato, del quale avrà reso noti i recapiti telefonici, di fax, l’indirizzo di posta elettronica, nonché gli orari di servizio.

Il suo compito sarà quello di supervisionare ed eventualmente coordinare le attività dell’Assicuratore a partire dal momento di sottoscrizione del Contratto fino alla gestione degli eventuali reclami da parte dell’Amministrazione. Egli avrà inoltre anche il compito di monitorare l’andamento del livello di servizio nell’arco del periodo di validità del Contratto e dovrà essere in grado di porre in atto tutte le azioni necessarie per garantire il rispetto delle prestazioni richieste.

***PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI***

**SEZIONE G – CLAUSOLA BROKER**

L’Amministrazione dichiara di aver usufruito, per la procedura di selezione del contraente relativa alla presente procedura di gara, dei servizi di consulenza della Società European Brokers Assicurazioni con sede a Roma in via Ludovisi, 16, ai sensi del d.lgs. 209/2005 e s.m.i., il cui contratto scadrà al termine della presente procedura.

E’ prevista una provvigione a carico dell’Assicuratore nella misura dello 0,6% dell’offerta economica aggiudicataria.

L’Amministrazione valuterà in fase di negoziazione la possibilità di utilizzare in sede di esecuzione un broker assicurativo.

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA’ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

**ALLEGATO**

**ELENCO 1 – GRAVI MALATTIE**

<p><b>INFARTO DEL MIOCARDIO</b> Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.</p>
<p><b>CORONAROPATIA</b> Malattia che determini intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie q coronarie, con innesto di bypass o richieda tecniche non chirurgiche, quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.</p>
<p><b>ICTUS CEREBRALE</b> Accidenti cerebro-vascolari aventi (colpo apoplettico) ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implicino morte di tessuto cerebrale con esiti disfunzionanti accertati.</p>
<p><b>MALATTIA ONCOLOGICA</b> Ogni stato di malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna (quest'ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico.</p>

**ELENCO 2 – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

<p><b>COLLO</b>                  ✓ Gozzo retrosternale con mediastinotomia</p>
<p><b>ESOFAGO</b>                  ✓ Interventi con esofagoplastica                  ✓ Gastroectomia totale                  ✓ Gastroectomia allargata                  ✓ Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria                  ✓ Intervento per fistola gastro-digiunocolica                  ✓ Mega-esofago e esofagite da reflusso                  ✓ Cardioplastica</p>
<p><b>INTESTINO</b>                  ✓ Colectomia totale</p>
<p><b>RETTO – ANO</b>                  ✓ Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale                  ✓ Atresia dell’ano con fistola retto uretrale o retto vulvare                  ✓ Operazione per megacolon                  ✓ Proctocolectomia totale</p>
<p><b>FEGATO</b>                  ✓ Derivazioni biliodigestive                  ✓ Interventi sulla papilla di Water                  ✓ Reinterventi sulle vie biliari                  ✓ Interventi chirurgici per ipertensione portale</p>
<p><b>PANCREAS – MILZA</b>                  ✓ Interventi per pancreatite acuta                  ✓ Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche                  ✓ Interventi per pancreatite cronica                  ✓ Interventi per neoplasie pancreatiche</p>

**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA' PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

**INTERVENTI SUL POLMONE**

- ✓ Tumori della trachea

**CARDIOCHIRURGIA**

Interventi a cuore aperto per:

- ✓ Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi;
- ✓ Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale;
- ✓ Correzione impianto anomalo coronarie;
- ✓ Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica;
- ✓ Correzione canale atrioventricolare completo;
- ✓ Finestra aorto-polmonare;
- ✓ Correzione di:
  - ventricolo unico
  - ventricolo destro a doppia uscita
  - truncus arteriosus
  - coartazione aortiche di tipo fetale
  - coartazione aortiche multiple o molto estese
  - stenosi aortiche infundibulari
  - stenosi aortiche sopravalvolari
  - trilogia di Fallot
  - tetralogia di Fallot
  - atresia della tricuspide
  - pervietà interventricolare ipertesa
  - pervietà interventricolare con "debanding"
  - pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- ✓ - Sostituzioni valvolari multiple;
- ✓ - By-pass aortocoronarici multipli;
- ✓ - Sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico;
- ✓ - Aneurismi aorta toracica;
- ✓ - Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio;
- ✓ - Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto;
- ✓ - Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti;
- ✓ - Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici.
- ✓ Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

**CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO**

- ✓ Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- ✓ Asportazione tumori dell'orbita
- ✓ Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.)
- ✓ Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- ✓ Emisferectomia
- ✓ Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sui divus per via anteriore
- ✓ Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- ✓ Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- ✓ Asportazione di processi espansivi del rachide extra-introdurali extramidollari
- ✓ Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi etc.) Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica Somatotomia vertebrale
- ✓ interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica



**PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITA' PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

**CHIRURGIA VASCOLARE**

- ✓ Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale
- ✓ Trattamento chirurgico dell'ipertensione portale

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

- ✓ Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- ✓ Resezioni del sacro
- ✓ Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari
- ✓ Disarticolazione interscapolo toracica
- ✓ Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- ✓ Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
- ✓ Emipelvectomy
- ✓ Emipelvectomy "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- ✓ Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- ✓ Vertebrotonia
- ✓ Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- ✓ Uncoforaminotomia
- ✓ Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- ✓ Artrodesi per via anteriore
- ✓ Interventi per via posteriore con impianti
- ✓ Interventi per via anteriore senza impianti
- ✓ interventi per via anteriore con impianti

**UROLOGIA**

- ✓ ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto)
- ✓ Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- ✓ Ileo bladder
- ✓ Cistoprostatovesicolectomia con neovesica rettale Cistoprostatovesicolectomia con ileo bladder
- ✓ Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali Cistoprostatovesicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
- ✓ Riparazione vescica estrofica con neovesica rettale
- ✓ Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale

**GINECOLOGIA**

- ✓ Isterectomia radicale cori linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- ✓ Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- ✓ Intervento radicale per carcinoma ovarico

**TRAPIANTI DI ORGANI**

- ✓ Tutti

