



CAPITOLATO SPECIALE DI APPALTO

PROCEDURA APERTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA SANITARIA IN FAVORE DEI DIPENDENTI DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PALERMO PER LA DURATA DI ANNI DUE EVENTUALMENTE RINNOVABILE PER PARI DURATA



Sommario

DEFINIZIONI	4
SEZIONE A – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	5
A1 – OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA.....	5
A2 – DURATA DEL CONTRATTO.....	5
A3 - PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO	5
A4 - PREMIO ANNUO	6
A5 - MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	8
A6 - ONERI FISCALI.....	8
A7 - FORO COMPETENTE	8
A8 - TERMINI DI PRESCRIZIONE.....	8
A9 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	8
A10 - TRATTAMENTO DEI DATI	8
A11 - TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI.....	8
A12 - ALTRE ASSICURAZIONI	9
A13 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO	9
A14 - VALIDITA' TERRITORIALE	9
A15 - GESTIONE DEL CONTRATTO E RAPPORTI CON IL BROKER	9
A16 - RENDICONTAZIONE PERIODICA E FLUSSI INFORMATIVI	9
A17 – COASSICURAZIONI E DELEGA	10
A18 PARTECIPAZIONE DELLE SOCIETÀ (OPERANTE SE DEL CASO)	10
SEZIONE B – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	11
B1 - AREA RICOVERO	11
B1.1 - PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE AREA RICOVERO.....	11
B2 - AREA PRESTAZIONI XTRAOSPEDALIERE	11
B2.1- ALTA DIAGNOSTICA.....	11
B2.2 - VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	12
B2.3 - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO	12
B2.4 - PROTESI ORTOPEDICHE, ACUSTICHE E ORTODONTICHE – ACQUISTO LENTI..	12
B2.5 - CHECK UP (SOLO IN CONVENZIONAMENTO DIRETTO).....	12
B2.6 - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE – PREVENZIONE (SOLO IN CONVENZIONAMENTO DIRETTO)	13
B2.7 - CURE DENTARIE DA INFORTUNIO - GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO	13
B2.8 - ACCESSO ALLE TARIFFE AGEVOLATE PER LE PRESTAZIONI EXTRARICOVERO.....	14
B.2.9 - STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA	14
a) GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA.....	14
SEZIONE C – LIMITAZIONI.....	15



C1 - ESTENSIONE TERRITORIALE	15
C2 - ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE.....	15
C3 - CESSAZIONE POLIZZA.....	16
SEZIONE D – GESTIONE DEI SINISTRI E MODALITA' DI LIQUIDAZIONE.....	16
D1 - INFORMATIVE SUI RAPPORTI CON L'ASSICURATO.....	16
D2 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO.....	16
D3 - CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA.....	17
D4 - SERVIZI DI CONSULENZA - CALL CENTER	17

DEFINIZIONI

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: Università degli studi di Palermo (di seguito definita anche Università")
Assicurato/Beneficiario: i soggetti nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione.
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.
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

A1 – OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La Società assicuratrice (denominata di seguito anche Società o Compagnia assicurativa) si dovrà impegnare ad erogare al personale dell'Università degli Studi di Palermo (in seguito denominata anche Università o Ateneo) il servizio assicurativo come di seguito disciplinato dal presente capitolato speciale di appalto e con un corrispettivo a carico dell'Amministrazione. Entrambe denominate anche "Le Parti". Si allega la relativa scheda di dettaglio della copertura assicurativa, che costituisce parte integrante del presente Capitolato Speciale d'appalto.

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 Società Assicuratrice dovrà garantire e con la quale l'Università dovrà stipulare apposito accordo.

Le relative spese di adesione alla Cassa di assistenza sanitaria sono ricomprese nel premio offerto, che si ritiene onnicomprensivo di ogni onere ed imposta.

A2 – DURATA DEL CONTRATTO

La durata del contratto è fissata in due anni naturali e consecutivi a partire dalla data di stipula del contratto, eventualmente rinnovabile per altri due anni, sulla scorta di positiva valutazione da parte dell'Ateneo in ordine all'erogazione del servizio.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 della data di avvio, ancorché il Premio venga versato entro i 90 (novanta) giorni successivi al medesimo.

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

Prima della scadenza, con un preavviso non inferiore a giorni trenta, il contratto potrà essere prorogato, ai sensi dell'art. 120, comma 11, del D.Lgs. 36/2023, agli stessi prezzi, patti e condizioni o più favorevoli per l'Ateneo, per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento delle procedure e al perfezionamento degli atti amministrativi per l'individuazione del nuovo affidatario, comunque per un periodo massimo di sei mesi. Resta inteso, che è facoltà dell'Ateneo non disporre alcuna proroga al contratto. La Società non ha diritto ad alcun compenso, risarcimento, rimborso o indennizzo nel caso in cui l'Ateneo s'impegna a versare il premio relativo al predetto periodo entro 90 (novanta) giorni dalla data di effetto del medesimo periodo di proroga.

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 eventuale 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 eventuali 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.

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'Università alla Società assicuratrice 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 secondo i termini di cui al presente articolo dovranno essere pagate entro 90 (novanta) giorni da quello in cui la Società ha presentato all'Università il relativo conto di regolazione. Il pagamento del premio a carico dell'Ente dovrà essere eseguito presso Brokeritaly Consulting S.r.l.

Si considera come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato l'ammontare del premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria dell'Università a condizione che, gli estremi dell'atto, vengano comunicati per iscritto al Broker a mezzo di posta elettronica certificata (p.e.c.).

Si precisa che se dai controlli effettuati dall'Ateneo, 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 d'urgenza richiamato.

La Società assicuratrice non avrà diritto ad alcun aumento del premio lordo offerto per tutta la durata del contratto, a meno che la copertura assicurativa oggetto del presente appalto non subisca variazioni, modificazioni di garanzia richieste dall'Ateneo nel corso della durata del contratto, ferme le eventuali regolazioni annuali del premio disciplinate dal presente paragrafo.

A4 - PREMIO ANNUO

Il premio annuo è pari a quanto determinato sulla base dei seguenti sottoelencati parametri:

	Categoria	Numero dipendenti stimato/ A carico	Premio unitario annuo	Premio annuo complessivo
A	Personale dipendente MASSIMALI STANDARD	1.550/Università	€	€.
A1	Attivazione Facoltativa da parte del singolo dipendente del Massimale da Ricovero e Day Hospital chirurgico € 50.000,00	Dipendente		Importi a regolazione premio sulla base delle adesioni e delle opzioni sul massimale
B	Coniuge o convivente more uxorio o persona unita civilmente, da stato di famiglia MASSIMALI+ Massimale da RICOVERO e Day Hospital chirurgico € 50.000,00	Dipendente		
C	Ogni figlio da stato di famiglia MASSIMALI STANDARD+ Massimale da RICOVERO e Day Hospital chirurgico € 50.000,00	Dipendente		
D	Personale Docente MASSIMALI STANDARD	Docente		
D1	Attivazione Facoltativa da parte del singolo Docente del Massimale da Ricovero e Day Hospital chirurgico € 50.000,00	Docente		

E	Ogni Coniuge e figlio da stato di famiglia del Docente Aderente MASSIMALI STANDARD+ Massimale da RICOVERO e Day Hospital chirurgico € 50.000,00	Docente		
---	---	---------	--	--

L'importo viene calcolato sulla base del premio annuale pro capite moltiplicato per il numero totale di dipendenti aventi diritto alla data di stipula del contratto e sarà riparametrato alla scadenza di ogni annualità assicurativa.

L'importo del premio unitario annuo è comprensivo dei contributi per l'adesione alla Cassa.

L'importo del premio previsto per il personale dipendente e per massimali "Standard" è a totale carico dell'Università (lett. A).

L'estensione al nucleo familiare dovrà avvenire per i componenti del nucleo risultanti dallo stato di famiglia intesi come coniuge o convivente "more uxorio" o persona unita civilmente e figli.

L'importo del premio per l'estensione al nucleo familiare e l'inclusione del massimale per interventi in caso di Ricovero e Day Hospital Chirurgico e per l'estensione volontaria della copertura a ciascun familiare del nucleo (come sopra riportato nella tabella alle lett. B) e C), è a carico del singolo dipendente. L'attivazione delle opzioni B), C), E) comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come coniuge o convivente "more uxorio" o persona unita civilmente e figli, risultanti dallo stato di famiglia.

Le opzioni B) e C) saranno attivate solo nel caso in cui aderisca un numero di nuclei familiari pari al 25% dei dipendenti assicurati.

Le opzioni D) D1) E) saranno attivate solo al raggiungimento di un numero minimo di soggetti aderenti di 60 unità.

Si specifica che per le opzioni A1, B, C) e D) gli importi a regolazione premio sono calcolati sulla base delle adesioni e delle opzioni sul massimale.

Le opzioni A1, B, C, D, E se attivate - tramite sottoscrizione apposito atto di adesione, entro 30 giorni dalla data di attivazione del piano sanitario, ovvero 30 giorni dalla data di assunzione-, daranno luogo all'attivazione della garanzia ricovero con intervento previo versamento del premio di estensione - fermo restando l'ammontare di scoperti e/o franchigie e/o minimi non indennizzabili.

Ad integrazione di quanto previsto dal paragrafo "Pagamento e regolazione del premio", ai fini dell'operatività della garanzia si precisa che:

- è data facoltà al personale docente dell'Università di aderire al presente piano sanitario singolarmente, entro e non oltre l'1.2.2027, previo il versamento di un premio maggiorato del 20% rispetto a quello del singolo dipendente per ciascun aderente;
- è data facoltà al personale docente dell'Università di aderire al presente piano sanitario singolarmente o con il relativo nucleo familiare con versamento del premio annuo finito secondo la categoria di adesione.

I Docenti che iniziano la collaborazione professionale con l'Ateneo in corso d'anno o che contraggono matrimonio o iniziano una convivenza devono comunicare l'adesione propria e/o del proprio nucleo familiare entro il giorno 30 del mese successivo a quello di inizio della collaborazione o di modifica del proprio stato di famiglia (il relativo premio deve essere versato entro 60 giorni dalla data di adesione).

In caso di mancato raggiungimento del *quorum* del 30% per l'estensione del nucleo familiare sopra

indicato e di riscontrata impossibilità di addivenire con l'aggiudicatario ad un *quorum* inferiore, tale da consentire l'inserimento dei soggetti su indicati, l'Università ha facoltà di recedere anticipatamente dal contratto in occasione di ogni ricorrenza annuale.

La Società garantirà accesso al network delle strutture convenzionate ai singoli assicurati alle tariffe riservate.

A5 - MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche successive alla stipula del contratto non sono consentite tranne le ipotesi appresso specificate.

L'Università, qualora in corso di esecuzione si renda necessario un aumento o una diminuzione delle prestazioni fino alla concorrenza del quinto dell'importo del contratto, può, ai sensi dell'art. 120, comma 9 del Codice, imporre al Contraente l'esecuzione alle condizioni originariamente previste. In tal caso il Contraente non può fare valere il diritto alla risoluzione del contratto.

L'Università in casi eccezionali potrà, come rappresentato nel paragrafo A2 del presente Capitolato, in corso di esecuzione, prorogare il contratto per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo affidatario del servizio, ai sensi dell'art. 120 comma 11 del Codice. In tal caso il Contraente è tenuto all'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni previsti nel contratto stesso.

A6 - ONERI FISCALI

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

A7 - FORO COMPETENTE

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

A8 - TERMINI DI PRESCRIZIONE

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

A9 - 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.

A10 - TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi della normativa vigente (Regolamento UE 679/2016 - D.lgs. 196/2003), i dati personali rilevabili dalla polizza o comunque derivanti dall'esecuzione del contratto saranno trattati da ciascuna delle parti, esclusivamente per le finalità strettamente connesse all'adempimento degli obblighi contrattuali e di legge.

A11 - 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 A4 sono obbligati a comunicare alla Stazione Appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati alle movimentazioni finanziarie derivanti dalla esecuzione dello stipulando contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati a operare su tali conti correnti, nonché eventuali successive variazioni dei predetti conti correnti.

Tutte le predette movimentazioni finanziarie dovranno avvenire 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.

A12 - ALTRE ASSICURAZIONI

L'Ateneo 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.

A13 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

A14 - VALIDITA' TERRITORIALE

L'Assicurazione è operante nel mondo intero.

A15 - GESTIONE DEL CONTRATTO E RAPPORTI CON IL BROKER

L'Università degli Studi di Palermo, per la gestione operativa, amministrativa e tecnica del contratto di assicurazione oggetto della presente procedura, si avvale della collaborazione di un broker assicurativo regolarmente incaricato.

Per effetto di tale incarico, tutte le comunicazioni inerenti all'esecuzione contrattuale, la gestione delle denunce dei sinistri, il monitoraggio dei flussi di rimborso e la risoluzione di eventuali controversie tecniche potranno essere intermedie dal broker, secondo le direttive impartite dal Responsabile Unico del Progetto (RUP).

La remunerazione del broker è a carico della/e Compagnia/e Assicurativa/e aggiudicataria/e. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla compagnia e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo per l'Università degli Studi di Palermo.

A16 - RENDICONTAZIONE PERIODICA E FLUSSI INFORMATIVI

La Società assicurativa aggiudicataria (ovvero l'Impresa Assicuratrice), in stretto coordinamento con il broker assicurativo dell'Università degli Studi di Palermo, si impegna a produrre e a trasmettere all'Ateneo report periodici completi sull'andamento della polizza sanitaria.

La rendicontazione periodica dovrà essere trasmessa con cadenza **semestrale** e dovrà includere, a titolo esemplificativo:

- il numero totale delle denunce di sinistro pervenute e liquidate nel periodo di riferimento;
- l'ammontare complessivo dei premi incassati e dei rimborsi erogati ai dipendenti (e agli eventuali familiari assicurati).
- lo stato dei sinistri aperti, con l'indicazione dei relativi importi a riserva;
- l'analisi statistica delle prestazioni sanitarie più utilizzate (es. ricoveri, visite specialistiche, diagnostica).

Tali flussi informativi e reportistica dovranno essere forniti in formati digitali compatibili (es. fogli di calcolo elettronici), garantendo la massima trasparenza e il rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (GDPR).

L'Università si riserva, inoltre, la facoltà di richiedere report straordinari o aggiornamenti puntuali sullo stato di gestione dei sinistri in caso di necessità connesse alla programmazione economico-finanziaria dell'Ateneo.

La Società Assicuratrice si impegna, quindi, ad inviare entro il 10 di ogni semestre un report in formato elettronico contenente, in forma anonima ed aggregata, le tipologie di prestazioni erogate e le richieste di

rimborso ricevute sino al mese precedente, indicando almeno il numero e l'ammontare delle richieste ricevute suddivise per tipologia, l'evidenza delle richieste accettate o negate, con motivazione del rifiuto.

A17 – COASSICURAZIONI E DELEGA

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato in Coassicurazione o in raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le Società sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti dell'Ateneo.

Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici. La firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per le predette Società coassicuratrici.

La Delegataria è, altresì, incaricata dalle altre Società Coassicuratrici per la gestione ed esecuzione del contratto, nonché per l'esazione dei premi o degli importi comunque dovuti dall'Università in dipendenza del contratto, previo rilascio dei relativi atti di quietanza. Il Broker provvederà alla rimessa del premio direttamente ed unicamente nei confronti della Società Delegataria, la quale provvederà, secondo gli accordi presi, alla rimessa nei confronti delle Società Coassicuratrici delle quote di premio ad esse spettanti.

A18 PARTECIPAZIONE DELLE SOCIETÀ (OPERANTE SE DEL CASO)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza può essere effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

Compagnia ... Società mandataria

Compagnia ... Società mandante

Compagnia ... Società mandante

Il termine "Società" indica, quindi, ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società assicuratrici coinvolte convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del Broker, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

Compagnia ... Quota xx%

Compagnia ... Quota xx%

Compagnia ... Quota xx%

SEZIONE B – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La copertura è prestata a favore del personale dipendente dell'Università degli studi di Palermo (di seguito per brevità definiti "Dipendenti") con costo interamente a carico dell'ente.

La medesima copertura può inoltre essere estesa al nucleo familiare convivente (inteso come coniuge/convivente more uxorio e figli) dei Dipendenti, con adesione volontaria e costo interamente a carico del Dipendente medesimo e trattenuta in busta paga. In tal caso tutti i massimali per persona dovranno essere considerati per nucleo.

A precisazione di quanto prescritto nel presente Capitolato, sarà fornito ai Dipendenti, a cura della Società, un allegato informativo che esplicita anche mediante esempi, le modalità con le quali si può usufruire delle prestazioni di polizza sia in forma diretta e sia in forma indiretta e le modalità di applicazione delle franchigie e degli scoperti.

Nel caso in cui le prestazioni vengano effettuate presso strutture sanitarie convenzionate con la Società Assicuratrice ed effettuate da medici convenzionati, l'esecuzione delle prestazioni dovrà essere garantita entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta di prenotazione.

Tutte le garanzie sono operanti in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto. La copertura assicurativa, che viene prestata senza la preventiva compilazione di questionario sanitario, rimborsa le spese sanitarie sostenute per le sottoelencate Aree:

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.

In caso di estensione in forma volontaria del nucleo familiare o previo versamento di un premio aggiuntivo da parte del singolo dipendente sarà attivato un massimale di € 50.000,00 per i soli ricoveri con intervento.

In casi di Day Hospital chirurgico sarà applicato uno scoperto del 10% in rete e del 25% fuori rete.

In caso di intervento ambulatoriale sarà applicato uno scoperto del 10% in rete e del 25 % fuori rete.

B1.1 - PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE AREA RICOVERO

Possibilità per l'Assicurato di effettuare tutte le prestazioni dell'Area Ricovero, non previste dal presente Capitolato, presso una struttura convenzionata con la Società con accesso a tariffe agevolate con conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

B2 - AREA PRESTAZIONI XTRAOSPEDALIERE

B2.1- ALTA DIAGNOSTICA

Si considerano di "alta specializzazione" i seguenti esami:

Angiografia, chemioterapia e terapie radianti, cobaltoterapia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia, ecocardiografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia, laserterapia, radioterapia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, PET, TAC, telecuore, artrografia, broncografia, cistografia, cistouretrografia, clisma opaco, colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP), colangiografia percutanea (PTC), colangiografia trans Kehr, colecistografia, dacriocistografia, defecografia, fistelografia, flebografia, fluorangiografia, galattografia, isteralpingografia, mielografia, retinografia, rx esofago con mezzo di contrasto, rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto, rx tenue

e colon con mezzo di contrasto, scialografia, splenoportografia, urografia, vesciculodeferentografia, videoangiografia, wirsungografia, elettroencefalogramma, elettromiografia.

Nel caso in cui le prestazioni vengano effettuate presso strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati è previsto il pagamento diretto alla struttura da parte della Società stessa con applicazione di una franchigia di € 25,00 per prestazione/ciclo di terapia corrisposta dall'Assicurato.

Nel caso in cui le prestazioni vengano effettuate presso strutture sanitarie non convenzionate con la Società è previsto un rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto pari al 20% (ventiperceto), con un importo minimo di € 70,00 (Euro settanta/00) per ogni prestazione.

Nel caso in cui le prestazioni di cui sopra vengano effettuate presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate è previsto il rimborso integrale dei ticket sanitari.

Il massimale annuo assicurato corrisponde ad € 10.000,00 per assicurato.

B2.2 - VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Sono previste in copertura tutte le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici (con l'esclusione delle visite pediatriche e delle prestazioni odontoiatriche e ortodontiche) purché accompagnati da prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. Nel caso in cui le prestazioni vengano effettuate in strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati con la Società è previsto il pagamento diretto alla struttura per le prestazioni erogate con applicazione di una franchigia di € 25,00 per visita o accertamento diagnostico.

Nel caso in cui le prestazioni di cui sopra vengano effettuate presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate è previsto il rimborso integrale dei ticket sanitari.

Il massimale annuo assicurato corrisponde ad € 1.500,00 per assicurato.

B2.3 - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Sono previste in copertura le spese relative a trattamenti fisioterapici con fine esclusivamente riabilitativo a seguito di infortunio (avvenuto in corso di operatività del contratto), se in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, e purché siano prescritte da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

Nel caso in cui le prestazioni vengano effettuate presso strutture sanitarie convenzionate e da medici convenzionati con la Società è previsto il pagamento diretto alla struttura per le prestazioni erogate senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

Nel caso in cui le prestazioni di cui sopra vengano effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate è previsto il rimborso integrale dei ticket sanitari.

Il massimale annuo assicurato corrisponde ad € 1.000,00 per assicurato.

B2.4 - PROTESI ORTOPEDICHE, ACUSTICHE E ORTODONTICHE – ACQUISTO LENTI

E' previsto un rimborso delle spese per protesi ortopediche, acustiche e ortodontiche con applicazione di scoperto pari al 20% con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per fattura/persona. E' previsto un rimborso delle spese di lenti correttive su prescrizione medica/certificazione di ottico solo in caso di modifica del *visus*, con esclusione del costo delle montature.

Il massimale annuo assicurato corrisponde ad € 500,00, ridotto ad € 100,00 per rimborso lenti correttive.

B2.5 - CHECK UP (SOLO IN CONVENZIONAMENTO DIRETTO)

La Società assicuratrice provvede al pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) delle prestazioni di Check Up (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 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 (per l'rx torace viene richiesta la prescrizione medica);
- prestazioni previste per le donne: pap test, esame mammografico (per l'esame mammografico viene richiesta la prescrizione medica), ECG, ecografia mammaria;
- prestazione prevista per gli uomini e per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento del cinquantacinquesimo anno d'età (55° anno): ecodoppler arti inferiori.

B2.6 - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE – PREVENZIONE (SOLO IN CONVENZIONAMENTO DIRETTO)

Comprende una volta l'anno e solo presso Strutture convenzionate con la Società, il pagamento integrale di:

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

B2.7 - CURE DENTARIE DA INFORTUNIO - GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

a) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO:

La Società liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

b) GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO:

La Società liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

- adamantinoma
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canale
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- odontoma
- osteiti che coinvolgono almeno un terzo dell'osso mascellare (se localizzate nell'arcata superiore) o mandibolare (se localizzate nell'arcata inferiore).

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare, rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica;
- radiografie, referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica e referti istologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Anatomia Patologica, per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

Per entrambi le prestazioni di cui al presente art. B2.7:

- ✓ Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.
 - ✓ Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura/persona.
 - ✓ Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.
- Il massimale annuo garantito per il complesso delle suddette prestazioni corrisponde a €. 700,00 per assicurato.

B2.8 - ACCESSO ALLE TARIFFE AGEVOLATE PER LE PRESTAZIONI EXTRARICOVERO

Possibilità per l'Assicurato di effettuare le prestazioni non previste dal presente Capitolato presso una struttura convenzionata con la Società con accesso a tariffe agevolate, con conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

B.2.9 - STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA

a) 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 forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengano valori pressori particolarmente elevati sui quali non sia possibile intervenire clinicamente).

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 ad € 2.000,00 (Euro duemila/00) per assicurato.

b) CONSULENZA ORGANIZZATIVA SOCIO ASSISTENZIALE

La Società fornisce una Consulenza Specialistica Socio Assistenziale all'assicurato che dovesse trovarsi, a causa di una malattia o a seguito di un infortunio, avvenuto successivamente alla stipula del contratto, in uno stato di non autosufficienza permanente, intendendo lo stato in cui sia necessario l'aiuto di un terzo per compiere due o più degli atti ordinari della vita quotidiana, quale spostarsi, lavarsi, vestirsi e nutrirsi. In questi casi la Società metterà a disposizione una centrale operativa, alla quale il socio assicurato o un suo familiare potrà rivolgersi per sottoporre il proprio caso. La Società, dopo aver effettuato una specifica valutazione sulla singola posizione, considerate le specifiche necessità, attraverso un'adeguata intervista, proporrà:

- un servizio di indirizzamento, ai servizi sanitari/sociali più opportuni per il soggetto assicurato non autosufficiente;
- darà informazioni sui servizi sanitari/sociali forniti dalle strutture socio-assistenziali del territorio, fornendo indicazioni sugli uffici deputati a svolgere determinate attività in funzione del singolo caso specifico;
- fornirà all'Assicurato la "Guida Generale" contenente tutti i vari passaggi burocratici, amministrativi e normativi che regolamentano la posizione dei soggetti assicurati non autosufficienti e che devono essere attuati a tutela e presidio dell'Assicurato in questa condizione.

SEZIONE C – LIMITAZIONI

C1 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

La Società, tramite accordi internazionali, può offrire la possibilità agli assicurati di utilizzare una rete di strutture convenzionate anche all'estero, ottenendo così il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'Assicurato), previa autorizzazione della centrale operativa.

C2 - ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

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

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
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 sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo (salvo non siano esplicitamente previsti in polizza);
9. il trattamento delle malattie e/o gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il refting e l'alpinismo estremo, nonché alla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
14. 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;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, eventi atmosferici;
16. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale;
17. tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali salvo le terapie e le prestazioni elencate nelle garanzie B2 "Alta diagnostica" per le quali la garanzia è operante;
18. le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

C3 - CESSAZIONE POLIZZA

L'assicurazione cessa automaticamente alla prima scadenza annuale successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro sia per il dipendente assicurato anche per gli eventuali familiari assicurati.

SEZIONE D – GESTIONE DEI SINISTRI E MODALITA' DI LIQUIDAZIONE

La società dovrà ampiamente illustrare all'interno del progetto tecnico la gestione dei sinistri e le modalità di liquidazione.

D1 - INFORMATIVE SUI RAPPORTI CON L'ASSICURATO

Al fine di soddisfare le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli assicurati sullo stato delle loro richieste di rimborso, la Società dovrà mettere a disposizione, per ciascuna richiesta di rimborso e in tempo utile per gli adempimenti di legge (in particolare per la compilazione della dichiarazione dei redditi), un riepilogo del sinistro denunciato con l'indicazione, per ogni documento di spesa, dell'importo richiesto, di quello rimborsato e dell'eventuale quota rimasta a carico dell'assicurato (quest'ultima detraibile dalla dichiarazione dei redditi).

D2 - 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.

D2 - MODALITA' DI ESTENSIONE - NUOVI INSERIMENTI - MODALITA' DI RACCOLTA DELLE ADESIONI

Qualora il titolare volesse estendere il piano assicurativo ai componenti del proprio nucleo familiare, potrà farlo entro 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa. Dopo tale data i familiari dei dipendenti già presenti alla data di effetto della polizza non potranno essere più inseriti nella copertura fino alla scadenza del contratto.

Sarà possibile inserire nella copertura, invece, i nuovi nati o nuovi coniugi o conviventi; la garanzia decorrerà dalla data di certificazione della variazione sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

E' prevista la facoltà per gli assicurati di escludere i componenti del proprio nucleo familiare alla fine di ogni anno assicurativo, ma, in questo caso, non potranno più rientrare in copertura fino alla scadenza del contratto.

Nel caso di nuove assunzioni, la garanzia base per il dipendente decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni.

Nei medesimi 30 giorni il dipendente può inserire i componenti del proprio nucleo familiare.

A maggiore precisazione di quanto sopra indicato si specifica che è possibile estendere la copertura: a tutto il nucleo familiare inteso come coniuge o convivente more uxorio e figli conviventi.

La Società dovrà ampiamente illustrare all'interno del progetto tecnico le modalità con le quali si intenderà procedere alla raccolta delle adesioni dei familiari

D3 - CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA

La Compagnia aggiudicataria si impegna, ai fini della concreta erogazione del servizio oggetto dell'Appalto, ad avvalersi di una Cassa di assistenza sanitaria idonea ed abilitata a norma di legge a ricevere i contributi assicurativi versati e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all'art. 51 del D.P.R. nr. 917/1986 e ss.mm.ii.

La Società Assicuratrice si assume verso l'Università appaltante e verso ciascun Assicurato, ogni onere in via diretta della buona esecuzione delle prestazioni e dei servizi eseguiti in proprio, nonchè in solido con la Cassa di assistenza sanitaria e delle strutture e/o professionisti convenzionati con quest'ultima.

D4 - SERVIZI DI CONSULENZA - CALL CENTER

La Società assicuratrice dovrà ampiamente illustrare all'interno del progetto tecnico l'organizzazione, la composizione e i servizi messi a disposizione del call center.



OGGETTO: PROCEDURA APERTA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA SANITARIA IN FAVORE DEI DIPENDENTI DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PALERMO, PER LA DURATA DI ANNI DUE, EVENTUALMENTE RINNOVABILI PER PARI DURATA.

SCHEDA DI DETTAGLIO

La sottoscritta Società propone la seguente offerta economica in base ai dati riepilogati di seguito:

CONTRAENTE/ASSICURATO	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PALERMO
DURATA CONTRATTUALE	La durata dell'appalto è di due anni, eventualmente rinnovabile per pari durata ed eventuale proroga tecnica
DATA EFFETTO	
FRAZIONAMENTO	Semestrale (senza alcuna maggiorazione per interessi di frazionamento)
RISCHI ASSICURATI COME DA FILE ALLEGATO	
SEZIONE RSM	
Premio Lordo Procapite per categoria	
Dipendenti	€
Nucleo Familiare	€

RIPARTO DI COASSICURAZIONE (se previsto*)

<i>N.</i>	<i>Impresa di Assicurazioni</i>	<i>Ruolo</i>	<i>Quota di ritenzione</i>	
1				%
2				%
3				%
4				%

La Società

*** In caso di coassicurazione è necessaria la sottoscrizione da parte di tutte le imprese partecipanti al rischio**