



TOR VERGATA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

Via Cracovia, 50 - 00133 Roma

**Capitolato speciale descrittivo
e prestazionale di
Polizza Rimborso Spese Mediche
a favore dei/delle dipendenti dell'Università
degli Studi di Roma "Tor Vergata"**

**DE BESI
DI GIACOMO**

BROKER DI ASSICURAZIONI. DAL 1959.

Sede Legale: Lungotevere Flaminio 14, 00196 Roma- dbg@pec.debesidigiacomito.it - tel. +39.06.3608391 - Fax + 39.06.3612787

SOMMARIO

SOMMARIO.....	2
DEFINIZIONI	3
ART. 1 PREMESSA.....	5
ART. 2 CONDIZIONI COMUNI A TUTTE LE OPZIONI	7
ART. 3 NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO	12
ART. 4 POLIZZA BASE	16
ART. 5 POLIZZA PREMIUM	19
ALLEGATO 1 – ELENCO GRANDI INTERVENTI	26

DEFINIZIONI

ASSICURATO/A	Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione
ASSICURAZIONE	Il Contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'assistito, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro
ASSISTENZA DIRETTA	Prestazioni assicurative della polizza in caso di ricovero presso Istituti di cura convenzionati con la Società
ASSISTENZA INFERMIERISTICA	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma o titolo equivalente
ASSOCIATO	L'Università degli Studi Roma "Tor Vergata" associata alla "Contraente"
BROKER	De Besi – Di Giacomo S.p.A.
CONTRAENTE	Cassa o Fondo di assistenza con iscrizione all'anagrafe dei fondi sanitari di cui ai decreti Min. Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, tenuta dal Ministero della Salute
CARTELLA CLINICA	Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, integrato o non integrato dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O), redatto durante la degenza con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologia remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico
DAY HOSPITAL (DH)	Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche, mediche e/o diagnostiche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica. Al Day Hospital è assimilato ai fini contrattuali il Day Surgery e il Day Service
EVENTO	Per evento si intende la condizione di salute, di malattia o di infortunio, esigenza diagnostica o di prevenzione per cui è prevista la prestazione sanitaria e/o quella ad essa accessoria
FRANCHIGIA	Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assicurato/a è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di Contratto, che resta a

carico dell'Assicurato/a. Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato/a

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero ordinario o di Day Hospital o forma di ricovero equivalente e in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o a esso comunque connesse

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

INFORTUNIO

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

L'intervento di chirurgia effettuato senza degenza, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia

ISTITUTO DI CURA

Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna

MALATTIA

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

MALATTIA ONCOLOGICA

Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna in qualsiasi stadio, sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro *in situ*; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive

MASSIMALE

Somma massima indennizzabile – se non indicato diversamente – per l'Assicurato/a e per le persone a favore delle quali siano state fatte estensioni volontarie, per uno o più sinistri avvenuti nel corso di un anno assicurativo

NETWORK

Rete convenzionata della Società costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici specialisti e Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista

NUCLEO FAMILIARE

I componenti della famiglia composta dall'Assicurato/a, dal/dalla coniuge, parte di unione civile o convivente more uxorio¹, anche non fiscalmente a carico, e/o dai figli fiscalmente a carico in modo totale o parziale, anche non conviventi, e/o dai figli non risultanti dallo stato di famiglia e/o non fiscalmente a carico, fino ai 24 anni ex art. 12 comma 2 del TUIR in seguito a separazione o divorzio dei genitori

POLIZZA

Il documento che prova l'Assicurazione

PREMIO

La somma dovuta dall'Associato alla Società

RETTA DI DEGENZA

Trattamento alberghiero e assistenza medico infermieristica

RICOVERO

Degenza, documentata da cartella clinica o certificazione equivalente, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura, non necessariamente integrata dalla Scheda di Dimissione (SDO)

SCOPERTO

La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato/a

SINISTRO

Evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione

SOCIETÀ

L'Impresa assicuratrice o il gruppo di imprese che prestano l'Assicurazione (anche "Compagnia")

ART. 1 PREMESSA

L'assicurazione è stipulata dall'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" (ovvero dal Fondo o dalla Cassa di Assistenza per conto dell'Associato Università) a favore della totalità del personale contrattualizzato dell'Università stessa, vale a dire personale dirigente, personale tecnico, amministrativo e bibliotecario (di seguito per brevità anche "TAB"), collaboratori e collaboratrici esperti/e linguistici/che (di seguito per brevità anche "CEL"), altresì se comandato temporaneamente presso l'Ateneo da altre Amministrazioni Pubbliche, in servizio alla data della stipula del contratto di assicurazione. Il relativo onere economico è assunto dall'Università.

L'Appaltatore dovrà, al momento della sottoscrizione del contratto, avere la disponibilità di un Fondo o Cassa di Assistenza avente finalità assistenziale, iscritto all'anagrafe dei fondi sanitari tenuta dal Ministero della Salute di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 che, sulla base della normativa attualmente vigente e di quella che dovesse intervenire nel corso dell'esecuzione del contratto, risulti idoneo/a, in riferimento alle attività e alle prestazioni oggetto del contratto medesimo, ai

¹ Dove si legge "more uxorio" si devono considerare sempre incluse le persone parte di unione civile ai sensi della L. 20 maggio 2016, n. 76 (c.d. "Legge Cirinnà")

fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all'art. 51 del D.P.R. 917/1986. L'Università si riserva la facoltà di stipulare apposito accordo con un Fondo o Cassa, dove le prestazioni oggetto dell'assicurazione confluiranno. L'Università si riserva, comunque, la facoltà di individuare un Fondo o Cassa di assistenza diverso/a da quello indicato dall'Appaltatore.

Le spese di adesione al Fondo o Cassa sono ricomprese nei premi pattuiti.

Gli operatori economici, anche stabiliti in altri Stati membri, possono partecipare alla presente gara in forma singola o associata, purché regolarmente autorizzati all'esercizio dell'attività assicurativa sul territorio italiano nel ramo Malattia.

Il numero dei e delle dipendenti contrattualizzati da assicurare è stimato in 1.000 unità.

La garanzia è operante per tutti gli/le assicurati/e indipendentemente dalle loro condizioni di salute, pertanto sono incluse nell'assicurazione le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, nonché le malattie croniche e recidivanti.

L'età media del personale contrattualizzato (interamente assicurato) è di circa 52 anni.

L'Appaltatore si obbliga a garantire la possibilità di estendere la copertura, con versamento del relativo contributo a carico dell'interessato/a e previa compilazione e invio dell'apposito modulo di adesione, ai seguenti soggetti:

- A) coniuge o convivente more uxorio e figli, tutti risultanti dallo stato di famiglia, del personale contrattualizzato;
- B) coniuge o convivente more uxorio del personale contrattualizzato che, per motivi di lavoro, non siano conviventi;
- C) figli del personale contrattualizzato non risultanti dallo stato di famiglia a seguito di trasferimento in altra residenza dovuto a separazione o divorzio dei genitori;
- D) figli fiscalmente a carico del personale contrattualizzato (in misura totale o parziale), non risultanti dallo stato di famiglia a seguito di trasferimento in altra residenza dovuto a motivi di studio/stage/lavoro;
- E) figli anche non fiscalmente a carico del personale contrattualizzato, fino ai 24 anni di età ex art. 12 comma 2 del TUIR, non risultanti dallo stato di famiglia a seguito di trasferimento in altra residenza dovuto a motivi di studio/stage/lavoro;
- F) personale docente e ricercatore in servizio e loro familiari, alle condizioni descritte ai punti sopra citati A), B), C), D) ed E).

Il contratto prevede due opzioni:

- POLIZZA BASE, stipulata in forma obbligatoria a favore del personale TAB dell'Associato (Università degli Studi di Roma "Tor Vergata") il cui costo - posto a base di gara - è pari a 400 Euro pro-capite, a carico dell'Università;
- POLIZZA PREMIUM, facoltativa a favore di tutti i soggetti di cui ai punti A), B), C), D), E) e F) con premio pari al 75% di quanto offerto per la POLIZZA BASE, a totale carico del/della dipendente e del personale docente.

Le garanzie possono essere estese al personale docente e ricercatore dell'Ateneo, con premio a carico del/della docente stesso/a, sia per l'opzione BASE con lo stesso costo pro-capite previsto per il personale

contrattualizzato, sia per tutte le ulteriori possibilità di estensione e con le stesse modalità indicate per il personale contrattualizzato.

Il premio complessivo del contratto sarà versato dall'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" alla Cassa d'Assistenza. Gli Uffici competenti dell'Università tratterranno gli eventuali importi dovuti per le adesioni facoltative sulla retribuzione del personale dipendente o docente/ricercatore interessato.

ART. 2 CONDIZIONI COMUNI A TUTTE LE OPZIONI

Art. 2.1 – Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione:

- le intossicazioni dovute ad abuso di alcoolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo, in quest'ultimo caso, la somministrazione terapeutica), allucinogeni e simili;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato/a abbia preso parte volontariamente;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove e allenamenti;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia e plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio o da pregressa chirurgia demolitiva);
- tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla "fecondazione assistita" e/o "fecondazione eterologa";
- degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato/a che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS;
- le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le nevrosi; le visite presso medici specialisti in Psichiatria sono tuttavia pienamente rientranti tra le prestazioni di cui al punto "ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DI LABORATORIO" per la polizza BASE e al punto "VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO" per la polizza PREMIUM;
- le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio correzione di miopia e astigmatismo) ad eccezione di quanto segue: la garanzia

opererà 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.

Art. 2.2 – Estensioni di garanzia

Sono incluse nell'assicurazione:

- le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, nonché le malattie croniche e recidivanti;
- gli interventi e le cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fermo quanto previsto dall'art. 1) "Esclusioni" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

La gravidanza è considerata malattia a tutti gli effetti.

Art. 2.3 – Permanenza in assicurazione / Limiti di età

Non sono assicurabili le persone di età superiore a 70 anni. Nel caso di compimento del settantesimo anno di età durante il corso dell'annualità assicurativa, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Per le persone che risultino assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con l'Associato, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con l'Associato stesso. Allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro e pertanto non si darà seguito a rimborso del premio che si considera acquisito.

Art. 2.4 – Estensione Territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 2.5 – Durata dell'assicurazione

L'Assicurazione è stipulata per la durata di 2 anni con effetto dalle ore 00.00 del _____ e scadenza alle ore 23.59 del _____ e cesserà automaticamente la propria operatività alla scadenza, senza necessità di alcuna comunicazione formale da nessuna delle parti. Con atto di rinnovo da sottoscrivere tra le parti almeno 180 giorni prima della scadenza, le parti hanno tuttavia facoltà di rinnovare la polizza, alle medesime condizioni, per ulteriori 24 mesi.

Fermo restando quanto sopra detto, l'Università si riserva, altresì, ai sensi dell'art. 106, comma 11 del D.Lgs. 50/2016, la facoltà di prorogare la durata del contratto limitatamente al tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione di un nuovo contraente, agli stessi prezzi, patti e condizioni. In tal caso, l'Appaltatore è tenuto all'esecuzione delle prestazioni previste alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio, proporzionale alla maggior durata, verrà corrisposto entro 30 giorni dall'inizio di ciascun periodo contrattuale aggiuntivo.

Art. 2.6 - Premio

Per il complesso delle prestazioni oggetto del presente capitolato i corrispettivi pro-capite, annui, lordi (vale a dire comprensivi dei premi e dei relativi oneri fiscali da versare), corrispondono ai seguenti importi:

Premio a carico dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" (base di gara soggetta a ribasso)

Dipendente (Euro pro-capite) 400

Premio a carico dell'Assicurato/a

I premi annui a carico del dipendente o del docente/ricercatore per l'inclusione del suo nucleo familiare per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi ovvero alla percentuale indicata, riferita al premio pro-capite dell'offerta aggiudicataria; per il personale docente/ricercatore l'adesione comporta il pagamento anche del premio a loro riferito.

Personale TAB in servizio:

a) coniuge o convivente "more uxorio"	75%
b) unico figlio (in famiglia monogenitoriale)	75%
c) estensione al nucleo familiare (tutti i familiari interamente o parzialmente a carico così come risultanti dallo stato di famiglia)	150%
d) estensione al familiare non fiscalmente a carico	75%

Personale docente/ricercatore in servizio:

a) il/la docente o il/la ricercatore/ricercatrice	100%
b) coniuge o convivente "more uxorio"	75% di a)
c) unico figlio (in famiglia monogenitoriale)	75% di a)
c) estensione al nucleo familiare (tutti i familiari interamente o parzialmente a carico così come risultanti dallo stato di famiglia)	150% di a)
e) estensione al familiare non fiscalmente a carico	75% di a)

Personale assegnista e borsista:

a) assegnista	100%
b) borsista	100%
c) coniuge o convivente "more uxorio"	75% di a)
d) unico figlio (in famiglia monogenitoriale)	75% di a)
e) estensione al nucleo familiare (tutti i familiari interamente o parzialmente a carico così come risultanti dallo stato di famiglia)	150%
f) estensione al familiare non fiscalmente a carico	75% di a)

L'attivazione dell'assicurazione per i soggetti indicati nella precedente sezione a soggetti aventi diritto all'assicurazione (familiari, assegnisti, borsisti), avviene sull'adesione volontaria, mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo.

Sarà cura del/della singolo/a interessato/a comunicare alla Società l'estensione della copertura sanitaria in favore dei familiari. Le adesioni dovranno essere comunicate entro 30 giorni dall'attivazione del piano sanitario dell'Ateneo.

Se entrambi i coniugi o conviventi more uxorio appartengono al personale contrattualizzato dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" – secondo quanto riportato in "Premessa" – e sono pertanto entrambi titolari del piano sanitario, non possono essere inseriti anche come familiari nel nucleo del rispettivo coniuge o convivente. Nel caso appena descritto, qualora vi sia interesse all'estensione ai figli fiscalmente e non fiscalmente a carico, tale opzione potrà essere esercitata esclusivamente da uno dei dipendenti e il relativo premio sarà pari alle seguenti percentuali del premio BASE e/o dell'opzione PREMIUM: 75% nel caso di unico figlio, 150% nel caso di due o più figli.

Art. 2.7 – Decorrenza dell'assicurazione / Pagamento del premio

Il premio del presente contratto ha frazionamento semestrale.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del _____, per tutto il personale tecnico amministrativo in forza alla data di effetto della copertura assicurativa, nonché per il personale docente/ricercatore che ha espresso adesione, e i componenti dei rispettivi nuclei familiari per i quali è stata espressa la facoltà di adesione, come da elenchi forniti dall'Associato entro 45 giorni dalla decorrenza.

A parziale deroga dell'art.1901 del codice civile, l'Associato è tenuto al pagamento della prima e delle successive rate di premio entro 60 giorni dalla data di ricezione del documento ritenuto formalmente corretto; se l'Associato non paga il premio entro 60 giorni, l'effetto dell'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- L'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dall'Associato ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- il pagamento effettuato dall'Associato direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 2.8 – Modalità di estensione / Modalità di raccolta delle adesioni

Il personale contrattualizzato o il personale docente/ricercatore che intenda estendere al proprio nucleo familiare fiscalmente a carico e familiari non fiscalmente a carico la copertura assicurativa BASE potrà esercitare tale facoltà (con onere a proprio carico) entro 45 giorni dalla data di decorrenza della polizza, e a ogni scadenza annuale, ferma l'efficacia della copertura assicurativa dalla data di effetto.

Inoltre è facoltà del personale contrattualizzato o del personale docente/ricercatore aderire all'opzione chiamata PREMIUM, ed estenderla al proprio nucleo familiare fiscalmente a carico e familiari non fiscalmente a carico (con onere a proprio carico), entro 45 giorni dalla data di decorrenza, e a ogni scadenza annuale della polizza, ferma l'efficacia della copertura assicurativa dalla data di effetto.

Si precisa che il personale contrattualizzato o il personale docente/ricercatore ha la facoltà di inserire il/la coniuge, il proprio nucleo familiare fiscalmente a carico e i familiari non fiscalmente a carico solo nella polizza da lui/lei prescelta in qualità di titolare.

Il personale contrattualizzato o il personale docente/ricercatore che ha aderito inizialmente alla polizza PREMIUM, ha la facoltà, a ogni scadenza annuale, di passare alla polizza BASE, tale passaggio precluderà la possibilità di rientrare nella copertura PREMIUM fino alla scadenza naturale del contratto. Si precisa che il passaggio del dipendente titolare implica anche il passaggio degli eventuali familiari inseriti. A titolo di esempio, se durante la prima annualità il personale contrattualizzato o il personale docente/ricercatore ha aderito al piano sanitario PREMIUM estendendo la copertura ai familiari e l'anno successivo sceglie di aderire al piano BASE, automaticamente anche l'estensione ai familiari sarà adeguata al piano BASE.

Il personale contrattualizzato o il personale docente/ricercatore assicurato ha facoltà di disdetta della copertura assicurativa attivata per il proprio nucleo familiare alla fine di ogni anno assicurativo, con preavviso di 15 giorni; tuttavia tale disdetta precluderà la possibilità di rientrare nella copertura fino alla scadenza naturale del contratto.

Qualora un/una dipendente o un/una componente del personale docente/ricercatore non abbia aderito alla copertura PREMIUM per il primo anno, sarà possibile per lui l'attivazione dello stesso piano solo dall'anno successivo.

Nel caso di cessazione del rapporto con l'Ateneo, l'ex dipendente o componente del personale docente/ricercatore e gli eventuali familiari assicurati verranno mantenuti nella garanzia fino alla prima scadenza annuale successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

L'Associato deve produrre entro 30 giorni dopo la data di decorrenza e di ogni scadenza annuale, l'elenco del personale tecnico amministrativo e bibliotecario o CEL da assicurare, nonché dei componenti del nucleo familiare fiscalmente a carico e familiari non fiscalmente a carico per i quali è stata espressa la facoltà di adesione, indicante i dati anagrafici delle persone da assicurare. La raccolta delle adesioni del personale e degli eventuali componenti dei nuclei familiari avverrà a cura dell'Associato.

Con separato elenco l'Associato fornirà alla Società il dettaglio del personale docente/ricercatore da assicurare, nonché dei componenti del nucleo familiare fiscalmente a carico e familiari non fiscalmente a carico per i quali è stata espressa la facoltà di adesione, indicante i dati anagrafici delle persone da assicurare. La raccolta delle adesioni del personale docente/ricercatore e degli eventuali componenti dei nuclei familiari avverrà a cura dell'Associato.

La Compagnia provvederà a mettere a disposizione un portale web dedicato agli aderenti al piano Sanitario dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" per la gestione delle posizioni assicurative e dei rimborsi.

Art. 2.9 - Variazione delle persone assicurate (dipendenti)

Nel caso di nuove assunzioni, la garanzia BASE per il/la dipendente decorre dal giorno dell'assunzione sempre che questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Entro i successivi 30 giorni il/la dipendente può inserire i componenti del proprio nucleo familiare. In caso di esclusione di nuclei e/o persone in corso d'anno, non sarà effettuato alcun rimborso di premio che, pertanto, si considera acquisito dalla Società.

Per le inclusioni con le assunzioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il 100% del premio annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il 60% del premio annuo.

Art. 2.10 – Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

Salvo quanto previsto all'Art. 2.8, l'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza della polizza sarà consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite e adozioni.

La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia, sempre a condizione che questa venga comunicata entro 30 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società.

Per le inclusioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il 100% del premio annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il 60% del premio annuo.

Entro 60 giorni dalla scadenza dell'annualità, in base alle variazioni intercorse e al criterio sopra esposto, si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in via definitiva alla Società.

Art. 2.11 – Modalità gestione anagrafiche degli/delle assicurati/e

Gli elenchi anagrafici dei soggetti assicurati sono ricevuti direttamente dalla Società, da parte dell'Associato. L'Associato si impegna a fornire entro il termine di 30 giorni dalla data di effetto della polizza e dalla data di ogni ricorrenza annuale, l'elenco definitivo degli/delle Assicurati/e tramite modulistica concordata.

Art. 2.12 – Altre assicurazioni

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

ART. 3 NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 3.1 – Criteri di liquidazione

La Società metterà a disposizione degli/delle Assicurati/e una piattaforma web dedicata o sistema analogo telematico, tramite il quale l'Assicurato/a potrà effettuare le richieste di rimborso e caricare le copie della documentazione di spesa. Il portale dovrà consentire il caricamento delle copie delle prescrizioni contenenti la patologia presunta o accertata da parte del medico curante, copie delle fatture e della documentazione medica in formato .pdf, nonché consentire all'Assicurato/a di verificare lo stato di lavorazione delle pratiche e l'aggiornamento della propria anagrafica, compresa l'indicazione del codice IBAN su cui effettuare i rimborsi. Oltre alla piattaforma web, la Società metterà a disposizione degli/delle Assicurati/e un modulo di richiesta di rimborso a cui saranno allegati i documenti di spesa e i certificati, tutto in fotocopia. Il modulo sarà inviato tramite posta elettronica all'indirizzo indicato dalla Società.

La Società effettua il rimborso delle spese a cura ultimata e direttamente all'Assicurato/a, previa presentazione delle copie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate, entro un tempo massimo di 20 giorni dalla ricezione di quanto sopra indicato.

In caso di inadempienza da parte della Società, l'Associato per il tramite del Broker, provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre 10 giorni consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni.

Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di Euro 50,00 a

valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati, dall'Associato per il tramite del broker, e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi saranno eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia e al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato/a, come ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Per la corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato/a previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero, nei medesimi tempi di cui sopra.

Art. 3.2 – Obblighi dell'Assicurato/a in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato/a o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- Presentare attraverso la piattaforma messa a disposizione dalla Società, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa;
- acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti.

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice civile.

L'Assicurato/a o chi per esso/a dovrà preventivamente contattare la Società, la quale metterà altresì a disposizione una Centrale Operativa, con numero verde dedicato affinché l'aderente possa procedere alla prenotazione delle prestazioni telefonicamente. Gli operatori e i medici della Centrale Operativa della Società saranno a disposizione per verificare inoltre la compatibilità della prestazione richiesta con il Piano Sanitario.

Art. 3.3 - Gestione della polizza

Per l'assistenza nella presente procedura, la Stazione Appaltante dichiara di essersi avvalsa e di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte del broker dell'Ateneo, De Besi – Di Giacomo S.p.A..

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker e tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto dell'Università e dell'Assicurato/a dal broker medesimo.

Qualora l'Impresa aggiudicataria intenda avvalersi per l'amministrazione dei contratti di intermediari (art. 109 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni) appartenenti alla propria rete distributiva, nondimeno garantirà il rispetto delle modalità e termini di rimessa premi previsti, convenuti o comunque riconosciuti dalle procedure amministrative vigenti in caso di gestione diretta o tramite gerenza, al fine di garantire l'adeguato collegamento tra le parti, per il tramite del broker. La remunerazione del broker è posta a carico della Società aggiudicataria del contratto, nella misura stabilita dell'8% del totale dei premi imponibili. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Compagnia alla propria rete di vendita diretta e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Art. 3.4 – Obblighi inerenti alla tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. n. 136/2010

Il contratto d'appalto è soggetto agli obblighi in tema di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla l. 13 agosto 2010, n. 136.

L'affidatario deve comunicare alla stazione appaltante:

- gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, con l'indicazione del servizio al quale sono dedicati;
- le generalità e il codice fiscale delle persone delegate a operare sugli stessi;
- ogni modifica relativa ai dati trasmessi.

La comunicazione deve essere effettuata entro 7 giorni dall'accensione del conto corrente ovvero, nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relative a una commessa pubblica. In caso di persone giuridiche, la comunicazione deve essere sottoscritta da un legale rappresentante ovvero da un soggetto munito di apposita procura. L'omessa, tardiva o incompleta comunicazione degli elementi informativi comporta, a carico del soggetto inadempiente, l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 3.000 euro.

Il mancato adempimento agli obblighi previsti per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto comporta la risoluzione di diritto del contratto.

In occasione di ogni pagamento alla società appaltatrice o di interventi di controllo ulteriori si procede alla verifica dell'assolvimento degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

Il contratto è sottoposto alla condizione risolutiva in tutti i casi in cui le transazioni siano state eseguite senza avvalersi di banche o di Società Poste Italiane S.p.A. o attraverso strumenti diversi dal bonifico bancario o postale, idonei a garantire la piena tracciabilità delle operazioni per il corrispettivo dovuto in dipendenza del presente contratto.

Art. 3.5 – Adempimenti in materia di tutela e riservatezza dei dati personali

L'espletamento dei servizi assicurativi di cui al presente capitolato comporta che tutti i trattamenti di dati personali avvengano secondo quanto sancito dal Regolamento Generale sulla protezione dei Dati - Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (in seguito "GDPR") e dal D. Lgs. 196/2003 (Codice della Privacy), così come modificato dal D. Lgs. 101/2018.

Pur ritenendo che la Società Appaltatrice operi in settori tecnici complessi che impongono di attenersi a stringenti normative di settore, da cui discendono precisi e puntuali adempimenti in ordine alle misure di sicurezza espressamente richieste dal GDPR, l'Università verificherà che tale Società offra le massime garanzie in materia di protezione dei dati personali.

Sulla base di queste premesse, la Società affidataria dei servizi elencati nel capitolato si porrà in qualità di titolare autonomo del trattamento ai sensi dell'art. 4 GDPR ed avrà le responsabilità previste dall'art. 24 GDPR.

La Società Appaltatrice tratterà i dati personali conferiti dagli/dalle interessati/e (personale tecnico, amministrativo e bibliotecario, personale docente/ricercatore ecc.) per le finalità di esecuzione degli obblighi contrattuali e precontrattuali assunti per effetto dell'aggiudicazione e un eventuale trattamento effettuato a fini diversi risulterà precluso. In tal senso, un "Accordo tra titolari autonomi per il trattamento dei dati

personali”, facente parte integrante degli obblighi contrattuali, sarà sottoscritto dalle Parti contestualmente al Contratto.

L’Università si riserva di stabilire al momento della sottoscrizione del contratto con la Società i ruoli e le responsabilità connessi al trattamento dei dati nei confronti del Contraente, ossia del Fondo o Cassa di Assistenza dove le prestazioni oggetto dell’assicurazione confluiranno.

Art. 3.6 - Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio

La Società:

- entro 90 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
- entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
- in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente allo scioglimento del vincolo contrattuale,
- oltre la scadenza contrattuale, a ogni scadenza annuale e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati,

si impegna a fornire all’Associato per il tramite del broker, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, così articolato:

- tipologia di prestazione (ricovero, visite specialistiche ecc.) suddivisa tra Convenzionamento e Fuori Convenzionamento, possibilmente per ciascun Assicurato/a;
- importo riservato (con indicazione dell’importo a riserva per ciascun sinistro);
- importo liquidato (con indicazione dell’importo liquidato per ciascun sinistro);
- sinistri senza seguito, con la descrizione delle motivazioni di rigetto.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un’accurata e aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto l’Associato per il tramite del broker circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono all’Associato per il tramite del broker di chiedere, ed ottenere, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

In caso di inadempienza da parte della Società, l’Associato per il tramite del Broker, provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre 10 giorni consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni.

Laddove la Società persista nell’inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di Euro 50,00 a valere sull’ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell’inadempimento rispetto ai termini indicati, dall’Associato per il tramite del broker, e per l’esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 3.7 - Termini di prescrizione

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente polizza è di 2 (due) anni a norma dell'art. 2952 codice civile.

ART. 4 POLIZZA BASE

Art. 4.1 - Prestazioni previste dalla Polizza BASE

La presente polizza prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato/a a seguito di Malattia o Infortunio, per le seguenti prestazioni sanitarie. I massimali indicati si intendono raddoppiati in caso di estensione al nucleo familiare.

A) OSPEDALIERE

A.1 - Ricovero per Grande intervento chirurgico

In caso di ricovero per Grande intervento chirurgico come indicato nell'apposito allegato 2, l'iscritto/a avrà diritto a un'indennità di Euro 150,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero. Le spese per le prestazioni di pre-ricovero e post-ricovero verranno rimborsate all'interno delle singole coperture purché siano effettuate nei 90 giorni antecedenti e nei 120 giorni successivi al ricovero. Alle predette spese si applicano le franchigie e gli scoperti relativi alle singole coperture.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno rimborsati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

A.2 - Ricovero per intervento non compreso nei Grandi interventi e ricovero senza intervento

In caso di ricoveri per interventi non rientranti nella lista di cui all'Allegato 2, di ricoveri ambulatoriali e di ricoveri senza intervento, l'iscritto/a avrà diritto a un'indennità giornaliera pari a Euro 100,00 per un massimo di 60 giorni per anno.

L'indennità non è prevista per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali eseguiti a solo scopo di diagnosi.

A.3 - Intervento ambulatoriale e in Day Hospital

In caso di interventi ambulatoriali e in Day Hospital effettuati in Istituto di cura o studio medico debitamente autorizzato, si applica una garanzia fino alla concorrenza di un massimale di Euro 2.500,00 per sinistro, come segue:

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici) effettuati nei 90 giorni precedenti e relativi all'intervento stesso;
- per gli onorari del/della Chirurgo/a, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- per le spese rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuate nei 120 giorni successivi al ricovero.

A.4 - Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore/accompagnatrice

In istituto di cura o in struttura alberghiera in caso di indisponibilità dell'istituto di cura vitto e pernottamento di un/una accompagnatore/accompagnatrice dell'Assicurato/a fino alla concorrenza di Euro 35,00 giornalieri e con il limite massimo di 30 giorni per ciascun anno assicurativo. In caso d'indisponibilità del pernottamento presso l'Istituto di Cura saranno rimborsate (nei limiti previsti) le spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso strutture alberghiere previa dichiarazione del medico attestante la necessità dell'assistenza al malato e dichiarazione d'indisponibilità del pernottamento da parte dell'Istituto di Cura.

A.5 - Trasporto dell'Assicurato/a

Per il trasporto dell'Assicurato/a dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, in caso di Grande Intervento, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino a un massimo di Euro 1.100,00 in Italia e di Euro 2.000,00 all'estero, per anno.

A.6 - Rimpatrio salma

In caso di decesso avvenuto all'estero a seguito di ricovero per Grande intervento chirurgico effettuato in Istituto di cura così come indicato nell'apposito allegato 2, sono indennizzate le spese per rimpatrio della salma con il limite di Euro 3.000,00.

B) ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DI LABORATORIO

La Società rimborsa le spese per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono:

- chemioterapia
- radioterapia
- cobaltoterapia
- dialisi
- doppler
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- laserterapia
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia
- TAC
- telecuore
- diagnostica radiologica
- ecografia
- amniocentesi
- tecarterapia,
- onde d'urto
- PET
- tutti gli esami endoscopici con e senza biopsia
- ago aspirato
- amniocentesi/pre-natal safe/harmony test/villocentesi (per donne con età > 35 anni).

La società rimborsa inoltre le spese sostenute per le visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, purché pertinenti all'evento denunciato, per:

- onorari medici per visite specialistiche, purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici;
- accertamenti diagnostici e di laboratorio prescritti dal Medico curante;

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di Euro 3.000,00.

Per tale garanzia si applicherà una franchigia di Euro 35,00 per sinistro in caso di utilizzo della rete convenzionata, e una franchigia di Euro 50,00 per sinistro in caso di non utilizzo della rete convenzionata. In caso di utilizzo parziale della rete convenzionata per lo stesso sinistro verranno applicate, alle relative fatture, le franchigie previste in rete e fuori rete.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

Le prestazioni dovranno essere garantite, presso le strutture convenzionate, entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta di prenotazione.

C) CURE ONCOLOGICHE

La Società rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica fino alla concorrenza del massimale di Euro 3.000,00.

D) PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche con il limite di massimale di Euro 100,00.

Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00 in caso di utilizzo della rete convenzionata e uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 80,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

E) CURE DENTARIE

La Società rimborsa le spese per cure odontoiatriche e ortodontiche, comprese visite ed esami radiologici, e per acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche fino alla concorrenza del massimale indicato in Euro 100,00. Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00 in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 80,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

Si intende compresa anche l'igiene orale con ablazione del tartaro con il sottolimito di Euro 50,00 e senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

F) LENTI E OCCHIALI

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali, per modifica visus o per prima prescrizione fino a concorrenza della somma di Euro 100,00 da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa.

Il rimborso viene effettuato previa applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato/a nella misura del 30%.

G) MEDICINA PREVENTIVA

La Società rimborsa annualmente le seguenti spese sostenute a scopo preventivo:

- Uomo: esami del sangue - emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT, gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine - urine completo, PSA e PSA free, elettrocardiogramma a riposo e sotto sforzo;
- Donna: esami del sangue - emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT, gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine - urine completo, visita ginecologica, pap test, mammografia, elettrocardiogramma a riposo e sotto sforzo.

H) PACCHETTO MATERNITÀ

La Società rimborsa, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per le assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN;
- test genetici prenatali (E.G. Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale;
- amniocentesi o villocentesi:
 - per le donne di 35 anni o più, possono essere erogate senza prescrizione;
 - per le donne di meno di 35 anni, possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto;
- visite di controllo ostetrico-ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia;
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale;
- una visita anestesilogica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Tale garanzia è prestata con un massimale pari a Euro 1.000,00 per ciascuna gravidanza. In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati, le prestazioni erogate all'assicurata vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'assicurata.

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, alle spese sostenute è applicato uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 70,00.

ART. 5 POLIZZA PREMIUM

Art. 5.1 – Premio e prestazioni previste dalla Polizza PREMIUM

Premio a carico dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" (base di gara soggetta a ribasso)

Premio BASE 400 Euro pro-capite come da art. 2.6)

Premio a carico dell'Assicurato/a

Dipendente 75% del premio BASE

I premi annui a carico del dipendente per l'inclusione dei familiari e del personale docente/ricercatore/assegnista/borsista per l'adesione e l'inclusione dei familiari corrispondono, per il complesso delle prestazioni di seguito indicate, comprensive di oneri fiscali, alla percentuale indicata, riferita al premio PREMIUM totale pro-capite dell'offerta aggiudicataria.

Personale TAB in servizio:

- b) coniuge o convivente "more uxorio" 75%
- c) unico figlio (in famiglia monogenitoriale) 75%
- d) estensione al nucleo familiare (tutti i familiari interamente o parzialmente a carico così come risultanti dallo stato di famiglia) 150%
- e) estensione al familiare non fiscalmente a carico 75%

Personale docente/ricercatore in servizio:

- a) il/la docente o il/la ricercatore/ricercatrice 100%
- b) coniuge o convivente "more uxorio" 75% di a)
- c) unico figlio (in famiglia monogenitoriale) 75% di a)
- d) estensione al nucleo familiare (tutti i familiari interamente o parzialmente a carico così come risultanti dallo stato di famiglia) 150% di a)
- e) estensione al familiare non fiscalmente a carico 75% di a)

Personale assegnista e borsista:

- a) assegnista 100%
- b) borsista 100%
- c) coniuge o convivente "more uxorio" 75% di a)
- d) unico figlio (in famiglia monogenitoriale) 75% di a)
- e) estensione al nucleo familiare (tutti i familiari interamente o parzialmente a carico così come risultanti dallo stato di famiglia) 150% di a)
- f) estensione al familiare non fiscalmente a carico 75% di a)

L'attivazione della polizza PREMIUM per i soggetti indicati nella precedente sezione (dipendenti, docenti/ricercatori, familiari, assegnisti, borsisti), avviene mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo.

La presente polizza prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato/a a seguito di Malattia o Infortunio, per le seguenti prestazioni sanitarie:

A) OSPEDALIERE

A.1 - Ricovero per Grande intervento chirurgico

In caso di ricovero per Grande intervento chirurgico effettuato in Istituto di cura così come indicato nell'apposito allegato 2, si applica una garanzia fino alla concorrenza di un massimale di Euro 100.000,00, come segue:

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici) effettuati nei 90 giorni precedenti e relativi all'intervento stesso;
- per gli onorari del/della Chirurgo/a, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- per rette di degenza;
- per le spese rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi al ricovero.

Per tale garanzia non si applicherà nessuna franchigia in caso di utilizzo della rete convenzionata, uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 500,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

A.2 - Ricovero per intervento non compreso nei Grandi interventi e ricovero senza intervento nonché intervento ambulatoriale e in Day Hospital

In caso di ricovero per intervento non compreso nei Grandi interventi, di intervento ambulatoriale, in Day Hospital o ricovero senza intervento si applica una garanzia, fino alla concorrenza di un massimale di Euro 50.000,00, come segue:

- per gli onorari del/della Chirurgo/a, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- per i diritti di sala operatoria, materiale di intervento e apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- per l'assistenza medica e infermieristica, cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- per le rette di degenza;
- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici), gli onorari medici per visite specialistiche, gli esami effettuati in Istituto di Cura o ambulatorio nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- per gli onorari medici per visite specialistiche, esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, effettuati in Istituto di Cura o ambulatorio nei 120 giorni successivi al ricovero.

Per tale garanzia si applicherà una franchigia di Euro 250,00 in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 500,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata. In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

A.3 - Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore/accompagnatrice

In Istituto di cura o in struttura alberghiera in caso di indisponibilità dell'Istituto di cura, vitto e pernottamento di un/una accompagnatore/accompagnatrice dell'Assicurato/a fino alla concorrenza di Euro 60,00 giornalieri e con il limite massimo di 30 giorni per ciascun anno assicurativo. In caso d'indisponibilità del pernottamento presso l'Istituto di Cura saranno rimborsate (nei limiti previsti) le spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso strutture alberghiere previa dichiarazione del medico attestante la necessità dell'assistenza al/alla malato/a e dichiarazione d'indisponibilità del pernottamento da parte dell'Istituto di Cura.

A.4 - Trasporto dell'Assicurato/a

Per il trasporto dell'Assicurato/a dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino a un massimo di Euro 1.100,00 in Italia ed Euro 2.000,00 all'estero per anno.

A.5 - Rimpatrio salma

In caso di decesso avvenuto all'estero a seguito di ricovero effettuato in Istituto di cura vengono indennizzate le spese per rimpatrio della salma con il limite di Euro 3.000,00.

A.6 - Spese funerarie

In caso di decesso avvenuto in Italia a seguito di ricovero effettuato in Istituto di cura è previsto un massimale aggiuntivo per le spese funerarie pari a Euro 1.500,00.

A.7 - Indennità sostitutiva

La Società corrisponde un'indennità di Euro 100,00 per ogni giorno di ricovero per intervento in Ospedale e/o Casa di cura, con il massimo di 100 giorni per persona, se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

B) ALTA DIAGNOSTICA

La Società rimborsa le spese per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono, stabilendo pertanto che le stesse vengono escluse dalle prestazioni di cui al successivo punto D delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- chemioterapia
- radioterapia
- cobaltoterapia
- dialisi
- doppler
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- laserterapia
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia

- TAC
- telecuore
- diagnostica radiologica
- ecografia
- amniocentesi
- tecarterapia
- onde d'urto
- PET
- tutti gli esami endoscopici con e senza biopsia
- ago aspirato
- amniocentesi/pre-natal safe/harmony test/villocentesi (per donne con età > 35 anni).

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata sino a un massimo di Euro 5.000,00. Per tale garanzia non si applicherà nessuna franchigia in caso di utilizzo della rete convenzionata e uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 50,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

C) VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO

In caso di visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio la Società rimborsa le spese sostenute, purché pertinenti all'evento denunciato, per:

- onorari medici per visite specialistiche, purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo;
- noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici;
- accertamenti diagnostici e di laboratorio prescritti dal Medico curante;
- agopuntura ed elettro-agopuntura, purché praticati da Medici regolarmente iscritti all'albo;
- infiltrazioni con farmaco effettuate da Medici regolarmente iscritti all'albo;
- chiropratica;
- logopedia;
- osteopatia;
- cure termali;
- per assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal Medico curante, con il limite di Euro 60,00 giornaliere.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di Euro 5.000,00.

Per tale garanzia non si applicherà nessuna franchigia in caso di utilizzo della rete convenzionata e uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 35,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

D) CURE ONCOLOGICHE

La Società rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica fino alla concorrenza del massimale di Euro 10.000,00.

E) PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche con il limite di massimale fissato in Euro 500,00. Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00 in caso di utilizzo della rete convenzionata e uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 80,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

F) CURE DENTARIE

La Società rimborsa le spese per cure odontoiatriche e ortodontiche comprese visite ed esami radiologici e per acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche fino alla concorrenza del massimale indicato in Euro 1.000,00. Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00 in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 80,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

Si intende compresa anche l'igiene orale con ablazione del tartaro con il sottolimito di Euro 100,00 e senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto. In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

G) LENTI E OCCHIALI

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali, per modifica visus o per prima prescrizione fino a concorrenza della somma di Euro 500,00 da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa. Il rimborso viene effettuato previa applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato/a nella misura del 15% con il minimo di Euro 50,00.

H) FISIOTERAPIA

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio ed esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte dal medico di famiglia o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa. Il limite di spesa per tale garanzia è pari a Euro 500,00 per sinistro/anno.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

La Società dovrà autorizzare l'intero ciclo delle prestazioni e non le singole sedute.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati le prestazioni erogate all'Assicurato/a vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Assicurato/a. L'Assicurato/a dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato/a.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società alle spese sostenute è applicato uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 70,00, è necessario che l'Assicurato/a allegghi alla copia della

documentazione di spesa (fattura/ricevuta) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

I) MEDICINA PREVENTIVA

La Società provvede al pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato/a) delle prestazioni di prevenzione effettuate solo in strutture sanitarie convenzionate in un'unica soluzione

Elenco esami validi per tutti gli/le assicurati/e una volta l'anno: 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), sideremia.

Prestazioni previste per le donne, una volta l'anno: pap test, ECG da sforzo, mammografia, ecografia mammaria.

Prestazioni previste per le donne con età superiore ad anni 55, una volta ogni due anni: Ecotomografia addome completo, Ecodoppler venoso arti inferiori, Ecocardiografia, M.O.C.

Prestazioni previste per gli uomini, una volta l'anno: PSA (specifico antigene prostatico), visita urologica e ECG da sforzo.

Prestazioni previste per gli uomini con età superiore a 55 anni, una volta ogni due anni: Ecotomografia addome completo, RX torace, Ecodoppler venoso arti inferiori, Ecocardiografia.

J) PACCHETTO MATERNITÀ

La Società rimborsa, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN;
- test genetici prenatali (E.G. Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale;
- amniocentesi o villocentesi:
- per le donne di 35 anni o più, possono essere erogate senza prescrizione;
- per le donne di meno di 35 anni, possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto;
- visite di controllo ostetrico-ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia e ginecologia;
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale;
- una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.
- supporto psicologico post parto, per un massimo di 3 visite psicologiche da effettuarsi entro 3 mesi dal parto.

Tale garanzia è prestata con un massimale pari a Euro 5.000,00 per ciascuna gravidanza, in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati le prestazioni erogate all'Assicurata vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Assicurata.

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società alle spese sostenute è applicato uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00.

K) STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE/LTC

La Società prevede, in caso di perdita permanente dell'autosufficienza nel compimento di almeno quattro parti dei seguenti sei atti elementari di vita quotidiana (lavarsi, vestirsi e svestirsi, andare in bagno e usarlo, spostarsi, continenza, nutrirsi) l'erogazione di un importo, una tantum, di Euro 5.000,00.

ALLEGATO 1 – ELENCO GRANDI INTERVENTI

CHIRURGIA GENERALE

- Collo
- Paratiroidectomia (tipica o atipica)
- Linfadenectomia radicale latero cervicale monolaterale
- Dissezione radicale del collo
- Parotidectomia con conservazione del nervo facciale
- Reinterventi di paratiroidectomia
- Tiroidectomia totale
- Reinterventi sulla tiroide
- Plastiche e resezioni tracheali
- Chirurgia delle fistole tracheo esofagee
- Mediastino
- Timectomia (per via transternale, transtoracica, cervicale)
- Asportazione chirurgica di cisti o tumori del mediastino (compresi i gozzi endotoracici)
- Interventi sul dotto toracico
- Mammella
- Mastectomia radicale (Halsted - Madden - Patey) con linfadenectomia
- Torace
- Pleurectomia
- Interventi per tumori delle coste e/o dello sterno (esclusi eventuali materiali protesici)
- Decorticazione polmonare
- Trattamento chirurgico di cisti polmonari
- Broncotomie
- Trattamento dei traumi toracici con lesioni viscerali
- Pleurectomie per tumori mesoteliali
- Pneumonectomie
- Lobectomie e bilobectomie
- Resezioni segmentarie o atipiche (sleeve, wedge, ecc.)
- Toracopleurolobectomie
- Fistole esofago-tracheali o esofago-bronchiali
- Fistole postoperatorie, post lobectomia e post pneumonectomia
- Esofago
- Trattamento chirurgico del megaesofago (compresa plastica antireflusso)

- Trattamento chirurgico delle ernie iatali e del reflusso gastro-esofageo
- Trattamento chirurgico dei diverticoli esofagei
- Trattamento chirurgico dei tumori benigni all'esofago
- Trattamento chirurgico dei tumori maligni all'esofago
- Trattamento chirurgico delle fistole aerodigestive acquisite
- Trattamento chirurgico delle lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- Trattamento chirurgico dei tumori cardiaci
- Intervento di deconnessione azygos-portale
- Stomaco - Duodeno
- Resezione duodenogastrica con linfadenectomia
- Degastroresezione
- Gastrectomia totale
- Interventi di riconversione per dumping syndrome
- Digiuno e ileo (Intestino tenue)
- Interventi per diverticoli del duodeno
- Derotazione intestinale
- Colon - Retto - Ana
- Interventi per incontinenza anale
- Emicolectomia destra (compresa linfadenectomia)
- Emicolectomia sinistra (compresa linfadenectomia)
- Colectomie del trasverso (compresa linfadenectomia e colostomia)
- Colectomia totale con ileostomia
- Resezione retto-colica anteriore (con linfadenectomia)
- Interventi di amputazione del retto per via perineale, posteriore, addomino perineale e addomino posteriore (compresa colostomia)
- Coletomia totale con ileorettostomia
- Procto-retto-colectomia totale con pouch ileale
- Peritoneo
- Exeresi di tumori retroperitoneali
- Fegato e vie biliari
- Drenaggio di ascessi epatici e cisti d'echinococco
- Colectistectomia per via laparoscopica
- Interventi sulla papilla per via transduodenale +/-colectistectomia
- Coledocotomia e coledocolitotomia +/- drenaggio biliare (+ colectistectomia)
- Epaticotomia e epaticolitotomia +/- drenaggio biliare (+ colectistectomia)
- Anastomosi coledoco digestive +/- colectistectomia
- Anastomosi epaticodigestive +/- colectistectomia
- Resezioni epatiche minori
- Resezioni epatiche maggiori
- Interventi per calcolosi intraepatica
- Derivazioni porto-sistemiche
- Reinterventi sulle vie biliari
- Pancreas - Milza
- Duodeno cefalopancreasectomia
- Pancreatectomia sinistra
- Pancreatectomia totale
- Interventi di exeresi della papilla Water
- Derivazioni pancreatico-wirsung-digestive

- Interventi conservativi per pancreatite acuta
- Interventi demolitivi per pancreatite acuta
- Trattamento chirurgico di cisti pancreatiche
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi per tumori del pancreas endocrino

CHIRURGIA VASCOLARE

- Venosa
- Terapia chirurgica nella patologia della vena cava superiore ed inferiore
- Arteriosa
- Endoarteriectomia o altro intervento chirurgico dei vasi del collo
- Chirurgia delle fistole artero-venose acquisite di viso, collo, torace
- Chirurgia di tumori glomici carotidei
- Chirurgia degli aneurismi dei tronchi epiaortici
- Chirurgia degli aneurismi delle arterie viscerali
- Chirurgia delle embolie e/o trombosi delle arterie viscerali
- Chirurgia delle embolie e/o trombosi delle arterie renali
- Chirurgia dei tronchi epiaortici
- Chirurgia delle obliterazioni croniche dell'asse arto-iliaco, femoro-popliteo e tibiale
- Reinterventi precoci e tardivi in chirurgia vascolare ricostruttiva
- Trattamento chirurgico dell'ipertensione nefrovascolare
- Trattamento chirurgico delle lesioni traumatiche dell'aorta e dei suoi rami
- Trattamento chirurgico degli aneurismi dell'aorta addominale
- Trattamento chirurgico degli aneurismi dell'aorta toracica e toraco-addominale

CARDIOLOGIA

- Cardiochirurgia
- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Sostituzione di valvola singola
- Sostituzione di valvola doppia o multipla o sostituzione valvolare + plastica valvolare
- Sostituzione di valvola singola con by-pass aorto coronarico in CEC
- Intervento di plastica valvolare
- By-pass aorto-coronarico unico
- By-pass aorto-coronarico multiplo
- By-pass aorto-coronarico senza CEC in minitoracotomia
- By-pass aorto-coronarico senza CEC
- Intervento per aneurisma dell'aorta ascendente
- Intervento per dissecazione dell'aorta ascendente
- Intervento per aneurisma dell'aorta ascendente con sostituzione valvolare
- Intervento per aneurisma o dissecazione dell'aorta discendente toracica
- Intervento per aneurisma o dissecazione dell'arco aortico
- Correzione di difetto interatriale
- Correzione di difetto interventricolare
- Intervento per pervietà del dotto di Botallo
- Intervento per coartazione aortica



- Intervento per cardiopatie congenite semplici
- Intervento per ferite o corpi estranei o tumori del cuore
- Pericardiectomia parziale o totale
- Reintervento in CEC per by-pass o sostituzione di valvola
- Intervento in CEC nel paziente anziano (età superiore a 70 anni)

UROLOGIA

- Nefrectomia polare
- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Mielocalicolitotomia
- Pielolitotomia in rene malformato
- Pieloureteroplastica
- Surrenalectomia
- Ureterocistoneostomia
- Ureterosigmoidostomia
- Ureteroileonastomosi
- Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia
- Cistectomia totale con derivazione urinaria
- Derivazione neourinaria escludente (senza cistectomia)
- Neovesica con segmento intestinale
- Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale o vescico-intestinale
- Plastica antireflusso monolaterale
- Plastica antireflusso bilaterale
- Prostatectomia radicale con linfadenectomia
- Uretrostomia perineale
- Rivascolarizzazione del pene per impotenza vasculogenica
- Raddrizzamento di pene con protesi (protesi esclusa)
- Emasculazione
- Amputazione totale del pene con linfadenectomia
- Linfadenectomia per tumore del testicolo

GINECOLOGIA E OSTETRICIA

- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Interventi per creazione di vagina artificiale
- Interventi per fistole retto-vaginale
- Interventi radicali per tumori della vagina
- Exenteratio pelvica
- Laparo-istero-annessiectomia con linfadenectomia
- Istero-annessiectomia per via vaginale
- Interventi sulle tube in microchirurgia
- Interventi in laparoscopia pelvica
- Isterectomia + annesiectomia mono o bilaterale
- Taglio cesareo conservativo per parto gemellare
- Taglio cesareo demolitivo
- Trattamento d'urgenza per rottura dell'utero



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Osteotomie
- Bacino, anca
- Osteosintesi
- Omero, femore, tibia (se frattura articolare)
- Bacino
- Riduzione cruenta lussazione
- Grandi articolazioni
- Colonna vertebrale
- Trattamento cruento dei tumori ossei
- Colonna vertebrale, bacino
- Interventi in artroscopia
- Ricostruzione legamentosa +/- prelievo legamentoso tendineo
- Disarticolazioni
- Interscapolo-toracica
- Emipelvectomy
- Simpatico e Vago
- Intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi splancnici
- Nervi
- Trapianti, innesti ed altre operazioni plastico-ricostruttive
- Anastomosi spino-facciale
- Intervento sul plesso brachiale

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Duodeno digiunostomia
- Anastomosi intestinale
- Asportazione diverticolo di Meckel
- Escissione e duplicazione intestinale
- Riduzione invaginazione intestinale
- Riduzione volvolo intestinale
- Colectomia
- Resezione addominoperineale
- Epato-digiuno-porto-stomia (Intervento di Kasai)
- Asportazione neoplastica addominale
- Erniorrafia diaframmatica
- Plastica per onfalocele
- Trattamento chirurgico della atresia anale
- Operazioni Toraciche
- Trattamento chirurgico della atresia esofagea (se in un tempo)
- Trattamento chirurgico della atresia esofagea (se in due o più tempi)
- Chiusura fistola tracheoesofagea
- Trattamento chirurgico di duplicazione esofagea
- Timectomia
- Asportazione cisti polmonare
- Asportazione tumore polmonare



- Lobectomy
- Pneumonectomy
- Section of vascular ring
- Urological Interventions
- Nephrectomy
- Plastic repair of junction-pelvic-ureteral
- Ureterosigmoidostomy
- Excision of ureterocele
- Reimplantation of uterus-bladder
- Cystectomy
- Gynecological Interventions
- Removal of ovarian cysts
- Intervention for recto-vaginal fistula
- Creation of neovagina
- Vaginoplasty of perineal
- Various
- Removal of tumor of sacrococcygeal