

CAPITOLATO SPECIALE DI APPALTO

**GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA PER
L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI
COPERTURA ASSICURATIVA PER IL RIMBORSO
SPESE MEDICHE A FAVORE DEI/DELLE
DIPENDENTI DELL’UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI ROMA TOR VERGATA**

CIG B3606DC7B7



TOR VERGATA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

SOMMARIO

DEFINIZIONI	3
ART. 1 PREMESSA	6
ART.2 CONDIZIONI COMUNI A TUTTE LE OPZIONI	7
ART. 3 NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO	13
ART. 4 POLIZZA BASE.....	19
ART. 5 POLIZZA PREMIUM	25
ALLEGATO 1 – ELENCO GRANDI INTERVENTI	34

DEFINIZIONI

ASSICURATO/A	Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione
ASSICURAZIONE	La polizza di assicurazione stipulata tra la Cassa sanitaria e la Società
ASSISTENZA DIRETTA	Il pagamento delle prestazioni erogate a carico dell'Assicurato è completamente o parzialmente a carico della Compagnia se effettuate presso il Network
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.
CASSA SANITARIA/ FONDO SANITARIO/	Cassa di Assistenza sanitaria / Fondo Sanitario, iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 individuato dalla Società che stipula la polizza per conto dell'Associato
CONTRAENTE	Il Fondo Sanitario/Cassa di Assistenza sanitaria, soggetto che stipula l'Assicurazione per conto dell'Associato
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
CENTRALE OPERATIVA	La struttura messa a disposizione dalla Società che organizza ed eroga i servizi e le prestazioni previsti in polizza

CENTRO MEDICO	Il centro anche non adibito a ricovero dei malati, regolarmente autorizzato per prestazioni mediche, esami radiografici e diagnostici, analisi, trattamenti fisioterapici e rieducativi
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 un'indennità per ciascun giorno di ricovero, è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato. La franchigia è riferita al singolo esame/prestazione/ ciclo di cura
GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	L'intervento chirurgico di cui all'allegato 1)
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, ago aspirato
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 con la 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 (per brevità, anche NUCLEO)	Coniuge a prescindere dallo stato di famiglia, convivente more uxorio e figli risultanti da certificato di stato di famiglia dell’Assicurato; sono compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età. 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”)
PERSONALE CONTRATTUALIZZATO	Personale dirigente, personale tecnico, amministrativo e bibliotecario (di seguito per brevità anche “TAB”), collaboratori e collaboratrici esperti/e linguistici/che e lettori di madrelingua (di seguito per brevità anche “CEL”).
PERSONALE DOCENTE	Professori/professoressse, ricercatori/ricercatrici, assegnisti/e, borsisti/e per cui è prevista la facoltà di aderire alla copertura assicurativa
POLIZZA	Il documento che prova l’Assicurazione
PREMIO/CONTRIBUTO	La somma dovuta dall’Associato alla Società come corrispettivo dell’assicurazione
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
SCOPERTO	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall’indennizzo, che resta a carico dell’Assicurato/a. Lo scoperto è riferito al singolo esame/prestazione/ciclo di cura
SINISTRO	Evento dannoso per cui è prestata l’assicurazione
SOCIETÀ	L’Impresa assicuratrice o il gruppo di imprese che prestano l’Assicurazione

ART. 1 PREMESSA

L'assicurazione è stipulata dal Fondo o dalla Cassa di Assistenza per conto dell'Associato (Università Degli Studi Roma Tor Vergata) 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 e lettori di madrelingua (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 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, anche diverso da quello indicato dall'Appaltatore, dove le prestazioni oggetto dell'assicurazione confluiranno.

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) Nucleo familiare come definito in premessa;
- B) Personale docente e loro nucleo familiare come definito in premessa

Il contratto prevede le seguenti opzioni:

- POLIZZA BASE, stipulata in forma obbligatoria a favore del personale contrattualizzato e in forma facoltativa per il personale non contrattualizzato; tale polizza è estendibile al nucleo. I contributi sono quelli indicati nella tabella di cui all'art. 2.6 "Contributo";
- POLIZZA PREMIUM, facoltativa a favore del personale contrattualizzato e docente ed estendibile al nucleo. I contributi sono quelli indicati nella tabella di cui all'art. 2.6 "Contributo". Qualora il personale contrattualizzato aderisca alla polizza Premium, questa sostituirà la polizza BASE e i massimali non potranno essere cumulati.

I familiari possono sottoscrivere la Polizza solo se il/la titolare ha sottoscritto la Polizza e per le medesime opzioni di copertura selezionate dallo stesso.

Sarà cura del/della singolo/a interessato/a comunicare alla Società l'estensione della copertura sanitaria in favore del nucleo. L'estensione al nucleo, salvo quanto appresso indicato, dovrà essere totalitaria così come descritto nelle definizioni del presente capitolato. 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, tale opzione potrà essere esercitata esclusivamente da uno dei dipendenti e il relativo premio sarà pari alle percentuali del premio indicate all'art. 2.6.

Il contributo complessivo del contratto sarà versato dall'Università degli Studi di Roma Tor Vergata alla Cassa. Gli Uffici competenti dell'Università tratteranno gli eventuali importi dovuti per le adesioni facoltative sulla retribuzione del personale contrattualizzato e non contrattualizzato.

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 di cui alla classificazione ICD 9 CM. S;
- 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 "EXTRAOSPEDALIERE" con un massimo di 3 visite l'anno;
- 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;
- Le spese di gravidanza limitatamente a quanto previsto dal "Pacchetto maternità".

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 01.01.2025 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2026 e cesserà automaticamente la propria operatività alla scadenza, senza necessità di alcuna comunicazione formale da nessuna delle parti.

Ai sensi dell'art. 120 comma 11 del D.Lgs 36/2023, in casi eccezionali nei quali risultino oggettivi insuperabili ritardi nella conclusione della procedura di affidamento del contratto è consentito al Contraente di prorogare il contratto per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura e comunque fino ad un massimo di 180 (centottanta) giorni anche attraverso più periodi dopo la scadenza finale. In tale ipotesi il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato in pro-rata temporis rispetto al premio annuale in corso.

Si conviene tra le parti che, ove ritenuto conveniente in relazione alle proprie valutazioni tecniche ed economiche, il Contraente ha la facoltà di esercitare un'opzione di proroga per un periodo ulteriore di 12 mesi, ai sensi dell'art. 120, comma 10 del D.Lgs 36/2023, alle medesime condizioni normative ed economiche. Nell'ipotesi in cui la Società non dovesse accettare la richiesta proroga avanzata dal Contraente, la Società si impegna a concedere la proroga tecnica di cui al comma precedente.

Art. 2.6 - Contributo

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:

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

Personale contrattualizzato (Euro pro-capite)	500,00
---	--------

Contributo a carico dell'Assicurato/a

I premi annui a carico del personale contrattualizzato e non contrattualizzato comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi ovvero alla percentuale indicata, riferita al premio pro-capite dell'offerta aggiudicataria:

Aderenti		Costo a carico del titolare €* (base di gara € 500,00)	Costo a carico dell'Ente €*	Costo totale della copertura €*
OPZIONE BASE PERSONALE CONTRATTUALIZZATO				
Titolare		0,00	500,00	500,00
Nucleo composto da 2 persone	75% del premio annuo del titolare da aggiungere al premio a carico dell'Ente	375,00	500,00	875,00
Nucleo composto da 3 o più persone	150% del premio annuo del titolare da aggiungere al premio a carico dell'Ente	750,00	500,00	1.250,00
OPZIONE BASE PERSONALE DOCENTE				
Titolare	100% del premio annuo offerto per il personale contrattualizzato	500,00	0,00	500,00
Nucleo composto da 2 persone	75% del premio annuo del titolare da aggiungere	375,00+500,00	0,00	875,00
Nucleo composto da 3 o più persone	150% del premio annuo del titolare da aggiungere	750,00+500,00	0,00	1.250,00
OPZIONE PREMIUM PERSONALE CONTRATTUALIZZATO				
Titolare	200% del premio annuo offerto dalla Società da aggiungere al premio a carico dell'Ente	1.000,00	500,00	1.500,00
Nucleo composto da 2 persone	75% del premio annuo offerto dalla Società da aggiungere al premio del titolare e a carico dell'Ente	750,00+1.000,00	500,00	2.250,00
Nucleo composto da 3 o più persone	150% del premio annuo offerto dalla Società da aggiungere al premio del titolare e a carico dell'Ente	1.500,00+1.000,00	500,00	3.000,00
OPZIONE PREMIUM PERSONALE DOCENTE				
Titolare	300% del premio annuo offerto per il personale contrattualizzato	1.500,00	0,00	1.500,00
Nucleo composto da 2 persone	50% del premio annuo del titolare da aggiungere	750,00+1.500,00	0,00	2.250,00
Nucleo composto da 3 o più persone	100% del premio annuo del titolare da aggiungere	1.500,00+1.500,00	0,00	3.000,00

* La simulazione è stata formulata sulla base del premio a base d'asta previsto per il singolo dipendente contrattualizzato (€ 500,00). In sede di emissione del contratto i citati importi saranno ricalcolati e sostituiti con quelli offerti e aggiudicati in gara

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

Il premio del presente contratto ha frazionamento semestrale sia per quanto concerne la copertura obbligatoria a carico dell'Ateneo sia per quella facoltativa ad adesione volontaria.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del 01.01.2025, per tutto il personale contrattualizzato in forza alla data di effetto della copertura assicurativa, nonché per il personale docente che ha espresso adesione e i/le componenti dei rispettivi nuclei familiari per i/le quali è stata espressa la facoltà di adesione, come da elenchi forniti dall'Associato entro 45 giorni dalla decorrenza.

Salvo diverso accordo tra le Parti (Società, Broker, Associato) che potranno convenire di ampliare i termini di cui sotto, si conferma che:

Personale contrattualizzato

L'Associato deve far pervenire al Broker le Anagrafiche tramite tracciato informatico Concordato

- *Anagrafica provvisoria: entro 10 giorni prima della decorrenza dell'Assicurazione;*
- *Anagrafica definitiva: entro 45 giorni dalla decorrenza dell'Assicurazione.*

Per le anagrafiche presenti nell'Anagrafica provvisoria non confermate nell'Anagrafica definitiva, in caso di pagamento di uno o più sinistri, il premio annuo è comunque dovuto.

Personale docente

Le adesioni dovranno pervenire al Broker nelle modalità da concordare entro 45 giorni dalla decorrenza dell'Assicurazione. Non saranno ammessi invii successivi a tale data.

A tal fine la Società provvederà ad emettere il documento contabile.

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 della richiesta di contributo ritenuta formalmente corretta da parte della Contraente, il cui importo sarà calcolato sulla base degli elenchi di cui sopra; 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 dà 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.

L'inclusione di Assicurati/e nei casi di seguito previsti è così regolamentata:

- se avvenuta nel primo semestre dell'anno comporterà la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se avvenuta nel secondo semestre dell'anno comporterà la corresponsione del 60 del premio annuo.

Eventuali esclusioni di Assicurati avvenute in corso d'anno non daranno luogo al rimborso del premio che si considera pertanto acquisito dalla Società.

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. Il pagamento delle differenze risultanti dalle variazioni come sopra indicato verrà corrisposto entro 60 giorni dalla data di ricezione della richiesta di contributo ritenuta formalmente corretta da parte della Contraente, il cui importo sarà calcolato sulla base delle variazioni intervenute e comunicate.

Se l'Associato non paga i contributi relativi alla regolazione del premio la copertura resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per cui l'Associato è tenuta a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 2.8 Adesioni facoltative

Le adesioni facoltative e le estensioni al nucleo potranno essere processate mediante invio dell'apposito modulo entro 45 gg. dalla data di decorrenza della polizza; oltre detto termine potranno essere inclusi esclusivamente i nuclei di nuovo personale contrattualizzato salvo che la Società e il Contraente non si accordino per una riapertura del termine di adesione.

Art. 2.9 Inclusioni ed esclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

Salvo quanto previsto al precedente art. 2.8, l'inclusione di familiari rientranti nel nucleo familiare, come identificato nelle "Definizioni", 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/o adozioni; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo secondo le modalità individuate sul modulo medesimo.

La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempre a condizione che questa venga comunicata entro 45 gg.; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società.

Nel caso in cui il familiare dell'Assicurato perdesse il diritto all'eleggibilità a termini del presente capitolato, la garanzia a favore dello stesso sarà operante fino alla scadenza annuale della polizza.

Art. 2.10 Nuove assunzioni di personale contrattualizzato

Nel caso di nuove assunzioni la garanzia decorrerà dal giorno dell'assunzione da parte dell'Associato. 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 Dimissione, licenziamento, cessazione del rapporto o fine incarico

Nel caso di dimissione, licenziamento, cessazione del rapporto o fine incarico la copertura assicurativa del personale avrà termine alla scadenza annuale di polizza.

La garanzia sarà operante fino alla scadenza annuale della polizza anche per il nucleo dell'Assicurato.

Art. 2.12 Decesso

Nel caso di decesso dell'Assicurato gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia fino alla scadenza annuale della polizza.

Art. 2.13 – Altre assicurazioni

L'Associato 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 nonché una centrale operativa contattabile dall'Assicurato/a, tramite i quali l'Assicurato/a potrà effettuare le richieste di rimborso e le richieste di attivazione dell'Assistenza diretta.

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

Il portale dovrà consentire il caricamento delle copie delle prescrizioni contenenti la patologia presunta o accertata da parte del medico, 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.

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. Il termine di cui sopra decorre dal ricevimento della documentazione completa.

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 seguente documentazione per ogni prestazione effettuata:
 - Prescrizione medica contenente quesito diagnostico o patologia che rende necessaria la prestazione. Relativamente alle visite specialistiche ed agli esami di alta diagnostica la prescrizione deve essere redatta da uno specialista, se diverso dal medico curante, la cui specializzazione risulti attinente alla patologia denunciata.
 - Fatture e altra documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa in caso di prestazioni ospedaliere.

Caratteristiche generali delle fatture/ricevute

- In caso di ricovero/day hospital, con o senza intervento chirurgico, non gestito in pagamento diretto: presentare copia della cartella clinica o scheda di intervento e tutte le notule di spesa relative alla degenza e all'equipe medica; in caso di intervento ambulatoriale, presentare relazione d'intervento.
- La documentazione di spesa deve essere sempre completa di nominativo del soggetto che ha effettuato la prestazione e relativi dati, importo, data, cod. fiscale e part. IVA dell'emittente la fattura.
- Deve sempre essere riportata la descrizione della prestazione che è stata effettuata.
- Ricevute di ticket: verificare che sulla ricevuta sia specificata la dicitura "ticket". Se non indicato inviare altro documento emesso dalla Struttura da cui si evinca che si tratta di ticket.
- Visita specialistica privata: sulla fattura deve essere riportato il tipo di visita specialistica effettuata.
- Rimborso lenti: sulla prescrizione del medico specialista oculista o optometrista abilitato deve essere riportata espressamente l'intervenuta modifica del visus.
- Cure Dentarie: è necessario allegare un piano di cura/fattura o preventivo del Dentista nel quale sia indicata la specifica dei lavori eseguiti o da eseguire

Si precisa che le fatture ammesse a rimborso dovranno essere rilasciate da medico iscritto all'Albo Nazionale dei Medici con laurea in Medicina ed eventuale specializzazione

L'assicurato dovrà 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.

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 la Società 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 attualmente stabilita dell'8% del totale dei premi imponibili. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Società 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 500,00 a 3.000,00 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 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 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, 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. 3.8 - Efficacia temporale dell'assicurazione

L'assicurazione ha efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza della presente polizza, intendendosi per tali le spese sostenute in data successiva alla decorrenza ed entro la scadenza della stessa.

Relativamente ai ricoveri l'assicurazione ha efficacia anche quando gli stessi siano avvenuti in vigenza di polizza e terminati con le dimissioni dall'Istituto di cura in data successiva alla decorrenza della polizza.

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 nella scheda di copertura si intendono raddoppiati in caso di estensione al nucleo familiare. Resta inteso che ciascun membro del nucleo familiare avrà a disposizione solo il massimale individuale di base e non quello raddoppiato. Quindi anche se il massimale complessivo della polizza raddoppia per il nucleo familiare, ciascun Assicurato potrà utilizzare solamente il massimale individuale originario.

A) OSPEDALIERE

A.1 - Ricovero per Grande intervento chirurgico

In caso di ricovero per Grande intervento chirurgico come indicato nell'apposito allegato 1, l'Assicurato/a avrà diritto a un'indennità di Euro 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero. Qualora sia opzionato all'interno della scheda di offerta tecnica il massimale per grandi interventi 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. Qualora non sia opzionato all'interno della scheda di offerta tecnica il massimale per grandi interventi le spese per le prestazioni di pre ricovero e post ricovero verranno rimborsate all'interno delle coperture indicate alla successiva lettera B "EXTRAOSPEDALIERE".

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 1, e di ricoveri senza intervento, l'Assicurato/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.

Sono esclusi gli interventi ambulatoriali e in day hospital dalla presente garanzia.

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, si applica una garanzia fino alla concorrenza di un massimale di Euro 1.000,00, 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 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.

Per tale garanzia si applicherà una franchigia di Euro 200,00 per sinistro in caso di utilizzo del Network, e una franchigia di Euro 500,00 per sinistro in caso di non utilizzo del Network.

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

In caso di Grande Intervento, la Società rimborserà le spese sostenute dall'Assicurato/a per il trasporto 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 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, sono indennizzate le spese per rimpatrio della salma con il limite di Euro 3.000,00.

B) EXTRAOSPEDALIERE:

Le garanzie di cui ai successivi art. B.1 Alta diagnostica e B.2 Visite specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio sono garantite sino alla concorrenza del massimale unico di € 3.000,00.

B.1 ALTA DIAGNOSTICA

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

- chemioterapia
- radioterapia
- cobaltoterapia
- dialisi
- doppler
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia
- TAC
- telecuore
- diagnostica radiologica
- ecografie
- tecarterapia
- onde d'urto
- PET
- tutti gli esami endoscopici con e senza biopsia
- agoaspirato.

Qualora le prestazioni di cui sopra fossero ricomprese anche all'interno della garanzia "Cure oncologiche", in caso di evento, il massimale per le "CURE ONCOLOGICHE" sarà eroso per primo.

Per tale garanzia si applicherà lo scoperto del 20% con un minimo di Euro 50,00 per sinistro in caso di utilizzo del Network, e uno scoperto del 30% con un minimo di Euro 65,00 per sinistro in caso di non utilizzo del Network.

B.2 VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO

La società rimborsa le spese sostenute per le visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio per:

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

Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del 20% con un minimo di Euro 50,00 per sinistro in caso di utilizzo del Network, e uno scoperto del 30% con un minimo di Euro 65,00 per sinistro in caso di non utilizzo del Network.

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

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 del 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 del Network e uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 80,00 in caso di non utilizzo del Network.

E) MEDICINA PREVENTIVA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate in strutture sanitarie convenzionate dalla Società, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prevenzione: prestazioni previste per gli uomini e per le donne una volta l'anno.

Potranno essere opzionati i seguenti pacchetti alternativi e non cumulativi:

Analisi del sangue (valido per tutti i pacchetti):

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT);
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT);
- Azotemia (Urea);
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL;
- Creatininemia;
- Emoglobina glicata;
- Esame delle urine;
- Esame emocromocitometrico completo;
- Gamma GT;
- Glicemia;
- PT (Tempo di protrombina);
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale);
- Trigliceridi;
- Velocità di eritrosedimentazione (VES).

Pacchetti opzionabili:

- a) Prevenzione cardiovascolare (Uomo e Donna): visita specialistica cardiologica ed ECG.
- b)1. Prevenzione oncologica Uomo oltre i 45 anni di età: visita specialistica urologica + Antigene Prostatico Specifico (PSA);
- b)2. Prevenzione oncologica Donna:
 - fino a 40 anni di età: visita specialistica ginecologica + pap test + Ecografia Mammaria.
 - oltre i 40 anni di età: visita specialistica ginecologica + pap test e Visita specialistica senologica

+ Ecografia Mammaria e/o Mammografia (si dovrà scegliere se effettuare l'ecografia mammaria oppure la Mammografia).

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 200,00. Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00 in caso di utilizzo del Network, e uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 100,00 in caso di non utilizzo del Network

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 compreso nel massimale e non in aggiunta e senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

G) LENTI E OCCHIALI

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti (anche usa e getta giornaliere) e occhiali, per modifica visus o per prima prescrizione fino a concorrenza del massimale di Euro 100,00.

Alla prestazione si applica uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00.

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 e ginecologia;

- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale;
- una visita anestesiologicala 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 Prestazioni previste dalla polizza Premium

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 nella scheda di copertura si intendono per l'intero nucleo.

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 1, 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, si applicherà per ogni sinistro uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 2.000,00 in caso di utilizzo del Network e uno scoperto del 30% con il minimo di Euro 3.000,00 in caso di non utilizzo del Network.

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

In caso di ricoveri per interventi non rientranti nella lista di cui all'Allegato 1, e di ricoveri senza intervento, l'Assicurato/a avrà diritto a un'indennità giornaliera pari a Euro 150,00 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.

Sono esclusi gli interventi ambulatoriali e in day hospital dalla presente garanzia.

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, si applica una garanzia fino alla concorrenza di un massimale di Euro 5.000,00 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 e 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.

Per tale garanzia si applicherà una franchigia di Euro 500,00 per sinistro in caso di utilizzo del Network, e una franchigia di Euro 1.000,00 per sinistro in caso di non utilizzo del Network.

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 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.5 - 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.6 - 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.7 - 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.8 - Indennità sostitutiva

La Società corrisponde un'indennità di Euro 100,00 per ogni giorno di ricovero per Grande intervento di cui al precedente art. A1. 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) EXTRAOSPEDALIERE:

Le garanzie di cui ai successivi articoli B.1 Alta Diagnostica e B.2 VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO sono garantite sino alla concorrenza del massimale unico di Euro 5.000,00.

B.1 ALTA DIAGNOSTICA

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

- chemioterapia
- radioterapia
- cobaltoterapia
- dialisi
- doppler
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia
- TAC
- telecuore
- diagnostica radiologica
- ecografie
- tecarterapia
- onde d'urto
- PET
- Tutti gli esami endoscopici con e senza biopsia
- Ago aspirato.

Qualora le prestazioni di cui sopra fossero ricomprese anche all'interno della garanzia "Cure oncologiche", in caso di evento, il massimale per le "CURE ONCOLOGICHE" sarà eroso per primo.

Per tale garanzia si applicherà lo scoperto del 15% con il minimo di Euro 45,00 in caso di utilizzo del Network e uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 60,00 in caso di non utilizzo del Network.

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

B.2 VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO

La società rimborsa le spese sostenute per le visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio per:

- onorari medici per visite specialistiche, purché gli/le specialisti/e siano regolarmente iscritti/e all'albo dei medici;
- accertamenti diagnostici e di laboratorio prescritti dal medico;
- agopuntura ed elettro-agopuntura, purché praticati da Medici regolarmente iscritti all'albo;
- infiltrazioni con farmaco effettuate da Medici regolarmente iscritti all'albo;
- logopedia;
- per assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal medico, con il limite di Euro 60,00 giornaliero.

Per tale garanzia si applicherà lo scoperto del 15% con il minimo di Euro 45,00 in caso di utilizzo del Network e uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 60,00 in caso di non utilizzo del Network. In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

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 10.000,00.

D) 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 del Network e uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 80,00 in caso di non utilizzo del Network.

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

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 600,00. Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00 in caso di utilizzo del Network, e uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 100,00 in caso di non utilizzo del Network.

Si intende compresa anche l'igiene orale con ablazione del tartaro con il sottolimito di Euro 80,00 compreso nel massimale e non in aggiunta 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.

F) LENTI E OCCHIALI

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti (anche usa e getta giornaliere) e occhiali, per modifica visus o per prima prescrizione fino a concorrenza del massimale di Euro 200,00. 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.

G) 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.

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

In caso di non utilizzo del Network alle spese sostenute è applicato uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 70,00.

H) MEDICINA PREVENTIVA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate in strutture sanitarie convenzionate dalla Società, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prevenzione: prestazioni previste per gli uomini e per le donne una volta l'anno.

Potranno essere opzionati i seguenti pacchetti alternativi e non cumulativi:

Analisi del sangue (valido per tutti i pacchetti):

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT);
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT);
- Azotemia (Urea);
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL;
- Creatininemia;
- Emoglobina glicata;
- Esame delle urine;
- Esame emocromocitometrico completo;
- Gamma GT;
- Glicemia;
- PT (Tempo di protrombina);
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale);
- Trigliceridi;
- Velocità di eritrosedimentazione (VES).

Pacchetti opzionabili:

- a) Prevenzione cardiovascolare (Uomo e Donna): visita specialistica cardiologica ed ECG.
- b)1. Prevenzione oncologica Uomo oltre i 45 anni di età: visita specialistica urologica + Antigene Prostatico Specifico (PSA);
- b)2. Prevenzione oncologica Donna:
 - fino a 40 anni di età: visita specialistica ginecologica + pap test + Ecografia Mammaria.
 - oltre i 40 anni di età: visita specialistica ginecologica + pap test e Visita specialistica senologica

+ Ecografia Mammaria e/o Mammografia (si dovrà scegliere se effettuare l'ecografia mammaria oppure la Mammografia).

I) 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;
- parto naturale, cesareo o aborto terapeutico da effettuarsi presso Istituto di Cura;
- supporto psicologico post partum, 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.

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

In caso di non utilizzo del Network alle spese sostenute è applicato uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00.

J) STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE/LTC

La Società prevede, in caso di perdita permanente dell'autosufficienza nel compimento di almeno quattro 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. La prestazione è operante per il/la solo/a titolare.

F.TO LA R.U.P.

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)
- Colectomia 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
- Colectomia per via laparoscopica
- Interventi sulla papilla per via transduodenale +/-colectomia
- Coledocotomia e coledocolitotomia +/- drenaggio biliare (+ colectomia)
- Epaticotomia e epaticolitotomia +/- drenaggio biliare (+ colectomia)

- Anastomosi coledoco digestive +/- colecistectomia
- Anastomosi epaticodigestive +/- colecistectomia
- 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)
- Neovescica 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 + annessiectomia 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
- Lobectomia
- Pneumonectomia
- Sezione anello vascolare
- Interventi Urologici
- Nefrectomia
- Plastica stenosi giunto-pielo-ureterale
- Ureterosigmoidostomia
- Escissione ureterocele
- Reimpianto utero-vescicale
- Cistectomia
- Interventi Ginecologici
- Asportazione cisti ovariche
- Intervento per fistola retto-vaginale
- Creazione neovagina
- Vaginoplastica perineale
- Varie
- Asportazione tumore sacrococcigeo