

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE POLIZZA SANITARIA DIPENDENTI DEL CNEL

Premessa

L'Amministrazione e le OO.SS. del CNEL confermano la scelta di favorire e privilegiare l'accesso del personale al servizio sanitario nazionale, pilastro ineliminabile di trattamenti sanitari di qualità e a disposizione della collettività. Ad integrazione del SSN, sono disponibili a ricercare forme di ulteriore sostegno alle famiglie dei dipendenti del CNEL, decidendo di fornire a tutto il personale una copertura assicurativa sulla base delle seguenti condizioni.

Art. 1 (Oggetto del contratto)

Il contratto riguarda l'assicurazione per il rimborso delle spese mediche a favore dei dipendenti del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL), prescindendo dall'età e dalle condizioni fisiche degli stessi.

La copertura assicurativa del dipendente è estesa alle seguenti persone (nucleo familiare del dipendente):

1.

- il coniuge del dipendente fiscalmente a carico;
- I figli del dipendente fiscalmente a carico anche se non conviventi;
- il convivente "more uxorio" del dipendente fiscalmente a carico, purché la condizione di convivenza "more uxorio" sia comprovata da documentazione ufficiale e relativi figli fiscalmente a carico;

2.

- a) il coniuge o convivente "more uxorio" del dipendente non fiscalmente a carico;
- b) altri famigliari di 1° grado del dipendente non fiscalmente a carico anche se non conviventi;
- c) il personale dei ruoli già dipendente dell'Amministrazione che sarà collocato in quiescenza, compreso il personale non dirigente in quiescenza nell'anno 2010, fino al compimento del 75° anno d'età, nonché figli e coniuge conviventi fiscalmente a carico.

Per le persone di cui al precedente punto 1, primo, secondo e terzo capoverso il premio sarà interamente a carico dell'Amministrazione e la relativa copertura assicurativa è estesa (senza sovrappremi o simili) prescindendo dal numero, dall'età e dalle condizioni fisiche degli interessati, a seguito di formale richiesta da formulare da parte del dipendente. Gli Assicurati potranno estendere l'adesione ad eventuali nuovi componenti il nucleo familiare (es. matrimonio, altri figli) a seguito di formale richiesta da formulare entro 120 giorni dalla data di variazione della composizione del nucleo (senza sovrappremi o simili).

- Per le persone di cui al punto 2, lettere a), b) e c), la copertura assicurativa avverrà a seguito di formale richiesta secondo le modalità previste dalla Società. Quest'ultima comunicherà entro 15 giorni l'accettazione della domanda, eventuali limitazioni di copertura o esclusioni, assegnando all'interessato un termine non inferiore a 15 giorni per il versamento del premio individuale. L'Amministrazione rimborserà il premio versato dai soggetti di cui all'art. 1, punto 2 lett. c), entro 30 giorni dalla richiesta documentata di rimborso nella misura del 100%. Nel caso in cui la Società ritenga di non poter accettare la domanda o di dover porre delle limitazioni alla copertura assicurativa, sarà tenuta a motivare puntualmente la decisione in relazione ai fattori di aggravamento del rischio.

L'assicurazione sarà prestata indipendentemente e ad integrazione delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale. Gli Assicurati sono esonerati dall'indicazione dell'esistenza di altre forme assicurative in corso a loro favore.

Art. 2 (Prestazioni assicurate)

La Società rimborserà, fino alla concorrenza delle somme assicurate, le spese sostenute per:

- A) ricovero in Istituto di cura, pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (day hospital) con o senza intervento chirurgico, nonché di intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o

1 B Ber

presso un pronto soccorso, che si siano resi necessari per infortunio, malattia, parto, aborto terapeutico; sono considerati interventi anche l'amniocentesi, la laparoscopia, la litotripsia per calcolosi.

B) le seguenti prestazioni sanitarie e/o specialistiche:

- tutti i tipi di alta diagnostica preventiva (prestazioni diagnostiche e terapeutiche anche ad alta specializzazione: ecografia, radiologia, radioterapia, doppler, ecocardiografia, laserterapia, scintigrafia, holter, coronografia, angiografia, endoscopia (broncoscopia, colonscopia, rettoscopia, ecc.), arteriografia, tomografia assiale computerizzata (TAC), urografia, risonanza magnetica nucleare (RMN), cistografia, mineralogia ossea computerizzata (MOC), elettromiografia, isterosalpingografia, tomografia ad emissione di positroni (PET), esame urodinamico completo, ecc...).
- visite specialistiche (comprese visite omeopatiche) ed esami di laboratorio;
- medicinali (anche omeopatici purché certificati dall'AIFA), su presentazione della seguente documentazione in originale: diagnosi del medico specialista che certifichi la patologia sofferta; prescrizione del medico specialista per l'acquisto di medicinali con le ricevute dei medicinali acquistati (oggetto di offerta separata da parte della Compagnia, si veda l'Art. 8);
- trattamenti terapeutici (compresi i trattamenti fisioterapici e rieducativi);
- cure dentarie (protesi comprese) rese necessarie a seguito di infortunio certificato dal pronto soccorso;
- assistenza medica, anche domiciliare, al neonato nei primi 30 giorni.

La garanzia prestata per i casi indicati alla precedente lettera A), in regime privatistico comprende:

- 1) - nei 90 giorni precedenti il ricovero in Istituto di Cura o l'intervento chirurgico effettuato in ambulatorio, le spese effettuate anche fuori dell'Istituto di Cura, per:
 - accertamenti diagnostici
 - prestazioni di laboratorio
 - onorari medici
 - trasporto all'Istituto di Cura, all'ambulatorio o al pronto soccorso per ricovero o intervento
- 2) - durante il ricovero in Istituto di Cura (anche per il neonato) le spese per:
 - onorari dei medici e/o chirurghi
 - rette di degenza
 - accertamenti diagnostici
 - medicinali
 - cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi
 - assistenza medica e infermieristica
 - rette di vitto e pernottamento, nell'istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, dell'accompagnatore fino alla concorrenza massima di Euro 50,00 giornaliere, per un massimo di 30 giorni
- 3) - in caso di intervento chirurgico (anche in ambulatorio o pronto soccorso), le spese per:
 - onorari dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti, dei medici e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento
 - diritti di sala operatoria
 - materiale di intervento, compresi endoprotesi e pace-maker applicati durante l'intervento
- 4) - nei 150 giorni dopo la cessazione del ricovero in Istituto di cura o l'intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso (limitatamente alle spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio, della malattia, del parto o dell'aborto terapeutico che hanno dato luogo al ricovero e/o intervento chirurgico) le spese, effettuate anche fuori dall'Istituto di cura, per:
 - onorari dei medici
 - accertamenti diagnostici
 - prestazioni di laboratorio
 - trattamenti medico chirurgici, infermieristici, fisioterapici, rieducativi
 - trattamenti chiroterapici, nonché di agopuntura ed elettroagopuntura, purché praticati da medici
 - medicinali.

In caso di diagnosi di malattia oncologica, la copertura assicurativa si intenderà comunque estesa anche alle spese rese necessarie dalla malattia per:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche precedenti la diagnosi della malattia, anche in assenza di ricovero;
- visite specialistiche e terapie oncologiche non chirurgiche (radianti e chemioterapiche) rese necessarie dalla malattia, sostenute entro i due anni dall'ultima dimissione ospedaliera avvenuta comunque in vigenza della polizza.

Art. 3 (Somme assicurate)

Per le spese indicate al precedente art. 2, lett. A) la somma massima assicurata per anno assicurativo, per persona e per nucleo familiare è stabilita in Euro 150.000,00.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un intervento chirurgico rientrante tra quelli definiti "grandi interventi chirurgici", le garanzie sopra indicate per le prestazioni comprese nel precedente art. 2, lett. A) sono modificate come segue:

- somma assicurata Euro 200.000,00 per persona, per nucleo familiare e per anno assicurativo;
- retta dell'accompagnatore fino alla concorrenza massima giornaliera di Euro 60,00, e per un massimo di giorni 30
- nessuno scoperto nelle strutture convenzionate con la Società.

Ai fini della presente polizza si intendono "grandi interventi chirurgici" quelli indicati nell'unito allegato 1 al presente contratto (DPR 28/12/1965, n. 1763), di cui costituisce parte integrante. L'elenco non è esaustivo perché il campo dei grandi interventi chirurgici è soggetto a continui aggiornamenti dovuti all'evoluzione della ricerca e delle tecnologie. Quindi, in alcuni casi, l'indennizzo potrà essere ammesso anche per interventi non specificamente elencati, secondo un criterio di analogia.

Si considerano Grandi Interventi Chirurgici anche:

- Il trapianto di organi o di parte di essi, comprese le spese relative al ricovero del donatore, al prelievo e al trasporto;
- L'artroprotesi;
- Qualunque intervento di cardiocirurgia nonché di neurochirurgia;
- Qualunque altro intervento dovuto a neoplasia maligna.

Per le spese indicate al precedente art. 2), lett. B) (prestazioni sanitarie e specialistiche) la somma per anno assicurativo e per nucleo familiare è fissata in Euro 7.000,00.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il limite rimborsabile per il parto e per l'aborto terapeutico è fissato in Euro 6.000,00.

Nei casi di ricovero per i quali l'Istituto di Cura richiede il pagamento di un anticipo, la Società assicurativa su richiesta documentata dell'Assicurato corrisponderà l'importo versato a tale titolo entro il 60% della somma massima garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

La Società provvederà ad effettuare il rimborso di quanto dovuto entro 45 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Tutta la documentazione sarà restituita all'Assicurato a cura della Società, dopo la liquidazione, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Art. 4 (Indennità sostitutiva del rimborso)

Qualora il ricovero in Istituto di Cura, comporti o meno intervento chirurgico, sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società Assicuratrice corrisponderà agli Assicurati, per ogni giornata di degenza una indennità di Euro 80,00 per la durata massima di 90 giorni per anno assicurativo, oltre al rimborso dell'eventuale ticket. Tale indennità verrà corrisposta anche per il periodo di convalescenza, per la durata massima di 150 giorni per anno assicurativo, assegnato esclusivamente dall'Istituto di Cura".

Art. 5 (Esclusioni)

E' escluso dall'assicurazione il rimborso delle spese relative a:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- infortuni sofferti in stato di ubriachezza o in conseguenza di azioni delittuose compiute dall'Assicurato o sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (non assunte a scopo terapeutico);
- applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio e/o malattia e per neonati che non abbiano compiuto il 3° anno di età);
- se non conseguenti ad infortunio, protesi e cure dentarie (comportanti o no intervento chirurgico ed anche se effettuate in Istituto di cura) e cure paradontali;
- ricoveri per la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, tranne che per la schizofrenia, le malattie demielizzanti del sistema nervoso, il Parkinson ed i disturbi primari del sonno (dissonnie e parassonnie), l'alzheimer;
- malattie ed infortuni conseguenti a guerre, insurrezioni, terremoti, eruzioni, inondazioni, nonché a tumulti popolari, atti di terrorismo o vandalismo, attentati, se ad essi l'Assicurato abbia partecipato attivamente. "

Art. 6 (Assistenza diretta)

La Società comprova di possedere - quale requisito tecnico essenziale per stipulare il presente contratto - un elevato numero di convenzionamenti diretti con Istituti di cura, ambulatori e medici su tutto il territorio nazionale e, in particolare, nel Comune di Roma. A tal fine allega all'offerta l'elenco completo degli Istituti di cura, ambulatori e medici convenzionati.

Le prestazioni di cui all'Art.2 sono pertanto garantite anche nella forma dell'assistenza diretta, nei casi previsti dalle convenzioni con Istituti di cura e con medici secondo le seguenti modalità:

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa e/o la struttura sinistri - operante h 24 - dedicata e specificare la prestazione richiesta.

L'Assicurato dovrà presentare alla Struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza o eccedenti il massimale assicurato.

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e/o la struttura sinistri dedicata, il sinistro verrà comunque gestito, purché l'Assicurato, durante il periodo del ricovero, contatti la Centrale Operativa e/o la struttura sinistri dedicata.

In tutti i casi in cui, per qualsivoglia motivo, non fosse operante la convenzione per il pagamento diretto da parte della Società delle spese di cura e ricovero, l'assicurazione sarà prestata secondo i modi e le forme dell'assistenza indiretta.

Art. 7 (Durata, decorrenza e regolazione del premio)

Il presente contratto avrà durata di mesi 36 decorrenti dalle ore 00.00 del giorno della stipulazione del medesimo.

Entrambe le parti avranno la facoltà di recedere anticipatamente dal contratto, alla scadenza di ogni anno; tale volontà dovrà essere comunicata mediante lettera raccomandata, con preavviso di almeno 2 mesi dalla data di scadenza del contratto.

Prima della stipulazione del contratto, il CNEL trasmetterà alla Società assicuratrice l'elenco nominativo dei dipendenti in servizio, ai fini della determinazione del premio relativo alla prima annualità da pagare.

Il personale in servizio che cesserà il rapporto di lavoro per quiescenza (dimissioni, limiti di età) in pendenza del presente contratto assicurativo, resterà assicurato fino alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso.

B

B



Il CNEL darà comunicazione alla Società assicuratrice dell'instaurazione di nuovi rapporti di lavoro entro 15 giorni dalla data di assunzione/presa di servizio, data dalla quale decorrerà la copertura assicurativa.

In relazione alle variazioni annuali nel numero dei dipendenti, si provvederà alla regolazione del premio, con le modalità di seguito specificate.

Il premio annuo per l'assicurazione dei rischi di cui al precedente art. 2 è convenuto in Euro per persona/nucleo indistinto.

Il pagamento del premio relativo alla prima annualità, con riferimento al numero dei dipendenti in servizio alla data di stipulazione del contratto, verrà effettuato entro 60 giorni dalla data di decorrenza degli effetti del medesimo.

I premi annuali successivi verranno pagati entro 30 giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo, previa comunicazione da parte del CNEL alla Società assicuratrice dei nominativi dei dipendenti in servizio per i quali è prevista la copertura assicurativa nell'anno successivo.

La Società assicuratrice provvederà alla regolazione del premio, fermo restando che:

- il personale cessato dal servizio nell'anno in corso per dimissioni e limiti di età resterà assicurato fino alla scadenza dell'annualità contrattuale e pertanto per esso sarà dovuto integralmente il premio individuale previsto;
- per tutti gli altri casi di cessazione dal servizio (mobilità verso altra Amministrazione, decesso, risoluzione) il CNEL corrisponderà alla Società assicuratrice la quota spettante calcolata in dodicesimi, riferita alla data di cessazione dal servizio del dipendente;
- per il personale assunto nel corso dell'anno, il premio che il CNEL corrisponderà alla Società assicuratrice sarà calcolato in dodicesimi, con decorrenza dalla data di assunzione e/o di presa di servizio del dipendente.

La sottoscrizione da parte del CNEL del presente contratto, consente alle persone indicate all'Art 1, punto 2 lettere a), b) e c), di aderire, su loro richiesta, alle condizioni del contratto stesso. A tali singole persone faranno quindi capo gli obblighi ed i diritti stabiliti e derivanti dal contratto, con totale esonero del CNEL da qualsiasi onere, obbligo e/o responsabilità connessi a tali rapporti ai quali l'Amministrazione resta comunque estranea.

Il premio individuale per l'assicurazione delle altre persone indicate all'art. 1, punto 2 lettere a), b) e c), sarà pagato direttamente dagli Assicurati, restando esclusa ogni responsabilità ed onere del CNEL al riguardo nei confronti della Società. Il pagamento dei premi individuali relativi all'assicurazione delle persone suddette sarà effettuato con le modalità indicate al momento della sottoscrizione del contratto.

Art. 8 (Condizioni particolari)

La Società non ha la facoltà di escludere dalla copertura singoli assicurati o singole prestazioni, tranne il caso di dichiarazioni inesatte o reticenti rese con dolo o colpa grave, secondo quanto disposto dal Codice Civile, sia per quanto riguarda il rigetto del sinistro che per l'annullamento della singola posizione.

Resta confermato che l'assicurazione, nei termini previsti dal presente contratto, è prestata:

- fino al compimento del 75° anno di età;
- a prescindere dalle condizioni fisiche degli Assicurati, con eccezione dei soggetti indicati all'Art 1, punto 2, lettere a), b) e c).

L'assicurazione vale in tutto il mondo, per cui la società assicuratrice non potrà prevedere limiti territoriali.

Tutte le comunicazioni alle quali il CNEL, gli Assicurati e la Società assicuratrice sono tenuti, dovranno avvenire mediante lettera raccomandata.

La Società comunicherà al CNEL, in allegato all'offerta presentata:

- le condizioni di assicurazione offerte per i soggetti indicati all'Art 1, punto 2 lettere a), b) e c) dal compimento del 75° anno di età.
- Il rimborso della spesa per i medicinali (anche omeopatici purché certificati dall'AIFA), su presentazione della seguente documentazione in originale: diagnosi del medico specialista che certifichi la patologia sofferta; prescrizione del medico specialista per l'acquisto di medicinali con le ricevute dei medicinali acquistati;

La Società comunicherà altresì al CNEL, in allegato all'offerta presentata, le eventuali prestazioni di cui all'art. 2, lettera B) escluse o soggette a limitazioni di copertura, specificando le limitazioni

B

A



stesse. In ogni caso l'eventuale inserimento di clausole relative a: esclusioni, limitazioni, franchigie superiori al 5%, scoperti superiori ad Euro 50, e simili costituiranno elemento di valutazione da parte del CNEL nella procedura di scelta del contraente.

Art. 9 (Foro competente)

Competente a decidere qualsiasi controversia concernente la validità, l'interpretazione e l'esecuzione delle presenti Condizioni sarà esclusivamente il Foro di Roma.

B

Bu

