

CAPITOLATO D'ONERI

Selezione per la stipula di una polizza assicurativa sanitaria triennale a favore dei dirigenti della Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti.
CIG 4645886269

SOMMARIO

1. AMMINISTRAZIONE AGGIUDICATRICE
 2. REQUISITI DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE
 3. OGGETTO E DURATA DELL'APPALTO
 4. MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLA SELEZIONE
 5. CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE
 6. CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA
 7. OSSERVANZA DI LEGGI E REGOLAMENTI – RICHIESTE DI CHIARIMENTI
 8. NOMINA DEL RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO AI SENSI DEL D. LGS. 196/03
 9. CESSIONE DEL CONTRATTO O SUBAPPALTO
 10. GESTIONE DELL'ASSICURAZIONE
 11. ACCERTAMENTI ANTIMAFIA
 12. TESTO DI POLIZZA
- MODELLI DI PRESENTAZIONE DELL'OFFERTA ECONOMICA

1) AMMINISTRAZIONE AGGIUDICATRICE

La Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti, di seguito detta anche CNPADC con sede in 00198 Roma – Via Mantova n. 1.

2) REQUISITI DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE

2.1) REQUISITI DI ORDINE GENERALE

Sono esclusi dalla partecipazione alla presente selezione e non possono stipulare il relativo contratto i soggetti:

- a)** che si trovano in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, o nei cui riguardi sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
- b)** nei cui confronti è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423 o di una delle cause ostative previste dall'articolo 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575; l'esclusione e il divieto operano se la pendenza del procedimento riguarda il titolare o il direttore tecnico, se si tratta di impresa individuale; i soci o il direttore tecnico se si tratta di società in nome collettivo, i soci accomandatari o il direttore tecnico se si tratta di società in accomandita semplice, gli amministratori muniti di poteri di rappresentanza o il direttore tecnico o il socio unico persona

fisica, ovvero il socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società;

c) nei cui confronti è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del Codice di procedura Penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale; è comunque causa di esclusione la condanna, con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'articolo 45, paragrafo 1, direttiva CE 2004/18; l'esclusione e il divieto operano se la sentenza o il decreto sono stati emessi nei confronti: del titolare o del direttore tecnico se si tratta di impresa individuale; dei soci o del direttore tecnico, se si tratta di società in nome collettivo; dei soci accomandatari o del direttore tecnico se si tratta di società in accomandita semplice; degli amministratori muniti di potere di rappresentanza o del direttore tecnico o del socio unico persona fisica, ovvero del socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio. In ogni caso l'esclusione e il divieto operano anche nei confronti dei soggetti cessati dalla carica nell'anno antecedente la data di pubblicazione del bando di selezione, qualora l'impresa non dimostri che vi sia stata completa ed effettiva dissociazione della condotta penalmente sanzionata; l'esclusione e il divieto in ogni caso non operano quando il reato è stato depenalizzato ovvero quando è intervenuta la riabilitazione ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna medesima;

d) che hanno violato il divieto di intestazione fiduciaria posto all'articolo 17 della legge 19 marzo 1990, n. 55; l'esclusione ha durata di un anno decorrente dall'accertamento definitivo della violazione e va comunque disposta se la violazione non è stata rimossa;

e) che hanno commesso gravi infrazioni debitamente accertate alle norme in materia di sicurezza e a ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro, risultanti dai dati in possesso dell'Osservatorio;

f) che, secondo motivata valutazione della stazione appaltante, hanno commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate dalla stazione appaltante che bandisce la selezione; o che hanno commesso un errore grave nell'esercizio della loro attività professionale, accertato con qualsiasi mezzo di prova da parte della stazione appaltante;

g) che hanno commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui sono stabiliti;

h) nei cui confronti, ai sensi del comma 1-ter, risulta l'iscrizione nel casellario informatico di cui all'articolo 7, comma 10 del D.Lgs. n. 163/2006 e s.m.i., per aver presentato falsa dichiarazione o falsa documentazione in merito a requisiti e condizioni rilevanti per la partecipazione a procedure di selezione e per l'affidamento dei subappalti;

i) che hanno commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui sono stabiliti;

l) che non presentino la certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68, salvo il disposto del comma 2;

m) nei cui confronti è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo dell'8 giugno 2001 n. 231 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'articolo 14 del D.Lgs. n. 81 del 2008;

m-bis) nei cui confronti, ai sensi dell'articolo 40, comma 9-quater del D.Lgs. n. 163/2006 e s.m.i., risulta l'iscrizione nel casellario informatico di cui all'articolo 7, comma 10 del D. Lgs. n. 163/2006 e s.m.i., per aver presentato falsa dichiarazione o falsa documentazione ai fini del rilascio dell'attestazione SOA;

m-ter) di cui alla precedente lettera b) che, pur essendo stati vittime dei reati previsti e puniti dagli articoli 317 e 629 del codice penale aggravati ai sensi dell'articolo 7 del decreto-legge 13 maggio 1991, n. 152, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 1991, n. 203, non risultino aver denunciato i fatti all'autorità giudiziaria, salvo che ricorrano i casi previsti dall'articolo 4, primo comma, della legge 24 novembre 1981, n. 689. La circostanza di cui al primo periodo deve emergere dagli indizi a base della richiesta di rinvio a giudizio formulata nei confronti dell'imputato nell'anno antecedente alla pubblicazione del bando e deve essere comunicata, unitamente alle generalità del soggetto che ha omesso la predetta denuncia, dal procuratore della Repubblica procedente all'Autorità di cui all'articolo 6, la quale cura la pubblicazione della comunicazione sul sito dell'Osservatorio;

m-quater) che si trovino, rispetto ad un altro partecipante alla medesima procedura di affidamento, in una situazione di controllo di cui all'articolo 2359 del codice civile o in una qualsiasi relazione, anche di fatto, se la situazione di controllo o la relazione comporti che le offerte sono imputabili ad un unico centro decisionale.

I concorrenti, a pena di esclusione, devono dimostrare, con dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/00, di essere iscritti alla Camera di Commercio ovvero ad equivalente Albo o registro professionale dello Stato di appartenenza e di essere autorizzati dalla Autorità competente all'esercizio dell'attività assicurativa del ramo malattia.

I concorrenti, mediante dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/00, da rendere a pena di esclusione dalla selezione, devono dichiarare di conoscere ed accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nel bando di selezione, nel presente capitolato d'onori e nei relativi allegati.

I concorrenti attestano il possesso dei requisiti mediante dichiarazione sostitutiva in conformità alle disposizioni del D.P.R. n. 445/00, in cui indicano anche le eventuali condanne per le quali abbiano beneficiato della non menzione. La CNPADC, ai sensi delle vigenti norme di legge, si riserva comunque la facoltà di procedere ai controlli sulla veridicità delle dichiarazioni dei concorrenti rilasciate in sede di selezione.

Per tutto quanto non previsto dal presente articolo 2.1) si fa rinvio alle disposizioni degli artt. 38 e 39 del D.lgs. n. 163/2006.

2.2) REQUISITI SPECIALI

I concorrenti devono rendere una dichiarazione, ai sensi del D.P.R. 445/00, a pena di esclusione dalla selezione, sottoscritta dal rappresentante legale (o più dichiarazioni nel caso di imprese appositamente riunite) ed attestante:

- a) esperienza maturata nella gestione di polizze riguardanti gruppi, associazioni o enti con almeno 100 assicurati;
- b) la garanzia della liquidazione centralizzata delle pratiche ed il rispetto di un numero massimo di giorni per la liquidazione dei sinistri che non può essere in ogni caso superiore a 45 giorni;
- c) la garanzia della prenotazione diretta da parte della compagnia di assicurazione per le prestazioni assicurate;
- d) la garanzia della consultazione telematica da parte degli assicurati della propria posizione in caso di sinistro o di richiesta di prestazione;
- e) la disponibilità di un call center dedicato, con almeno tre anni di attività, avente le seguenti caratteristiche minime: disponibilità di un numero verde attivo dal lunedì al venerdì con medici a disposizione.

In caso di raggruppamento temporaneo di imprese i requisiti di capacità tecnica devono essere posseduti dal raggruppamento nel suo complesso.

Per tutto quanto non previsto dal presente articolo 2.2) i concorrenti sono tenuti a conformarsi alle disposizioni degli artt. dal 42 al 48 del D.Lgs. n. 163/2006 s.m.i.

3) OGGETTO E DURATA DEL CONTRATTO

Selezione per la stipula di una polizza assicurativa sanitaria triennale a favore dei sette dirigenti della Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti" per alle condizioni di polizza, vincolanti ed inderogabili per i concorrenti, stabilite nel testo di cui al successivo articolo 12) del presente capitolato d'oneri.

La durata del contratto è fissata in 36 (trentasei) mesi, presumibilmente dalle ore 24,00 del 31/12/2013 alle ore 24,00 del 31/12/2015, La CNPADC si riserva di esercitare la facoltà di cui all'art. 57, co. 5, lett. b), del d.lgs. n. 163/2006 s.m.i. In tale ipotesi, la ripetizione del servizio oggetto di gara potrà essere richiesta per un ulteriore periodo di massimo 2 (due) anni e per un importo corrispondentemente incrementato, in via indicativa, sino a complessivi € 87.500,00 (Euro ottantasettemilacinquecento/00).

4) MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELLA PROCEDURA

A pena di esclusione, entro e non oltre il termine perentorio **delle ore 12:00 del 13 novembre 2012**, i concorrenti dovranno far pervenire, all'indirizzo postale di Via Mantova, 1 – 00198 Roma, un plico, idoneamente sigillato con ceralacca o prodotto similare e controfirmato sui lembi di chiusura, recante all'esterno – oltre all'intestazione del mittente ed all'indirizzo dello stesso – la dicitura "Selezione per la stipula di una polizza assicurativa sanitaria per i dirigenti della Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti".

Il recapito tempestivo del plico rimane ad esclusivo rischio dei mittenti.

Il termine di presentazione del plico è fissato a pena di esclusione.

A tale proposito farà fede la data e l'orario di arrivo del plico all'Ufficio protocollo della Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti. È possibile la

consegna a mano del plico presso la sede CNPADC dalle ore 9:00 alle ore 12:00 di tutti i giorni esclusi il sabato, la domenica ed i festivi, entro il termine delle ore 12:00 del 13 novembre 2012. Dell'avvenuta consegna verrà rilasciata ricevuta.

A pena di esclusione il plico dovrà contenere al suo interno due buste, a loro volta idoneamente sigillate con ceralacca o prodotto similare e controfirmate sui lembi di chiusura, recanti rispettivamente la dicitura "A - Documentazione a corredo dell'offerta" e "B - Offerta economica".

Nelle busta "**A - Documentazione a corredo dell'offerta**" dovranno essere contenuti, a pena di esclusione, i seguenti documenti:

1. domanda di partecipazione datata e sottoscritta dal legale rappresentate del soggetto concorrente o da persona abilitata ad impegnare il concorrente, recante l'esatta denominazione del soggetto concorrente medesimo e la sede legale, l'elenco delle sedi di Direzione e la specificazione delle altre imprese del gruppo cui appartiene il prestatore di servizio che richiede di partecipare.

In caso di raggruppamento temporaneo di imprese, già costituito, alla domanda di partecipazione deve essere allegato, a pena di esclusione, il mandato collettivo irrevocabile con rappresentanza conferito alla mandataria.

In caso di costituendo raggruppamento temporaneo di imprese, alla domanda di partecipazione deve essere allegata, a pena di esclusione, una dichiarazione di impegno a costituire il raggruppamento temporaneo di imprese, sottoscritta congiuntamente da tutte le imprese interessate e contenente l'impegno che, in caso di aggiudicazione della selezione, le imprese interessate conferiranno mandato collettivo irrevocabile con rappresentanza ad una di esse, da indicare in sede di offerta e qualificata come mandataria, la quale stipulerà il contratto in nome e per conto proprio e delle mandanti;

2. dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. n. 445/00 di cui agli articoli 2.1) e 2.2) del presente capitolato d'oneri;

Le dichiarazioni sostitutive di cui al punto 2) del presente articolo dovrà essere resa, in caso di imprese riunite, da ciascuna impresa partecipante al raggruppamento.

Tutta la documentazione di cui sopra è richiesta a pena di esclusione.

Nella busta "**B - Offerta economica**" dovrà essere contenuta, a pena di esclusione, l'offerta economica compilata in base al modello allegato al presente capitolato d'oneri.

In caso di raggruppamento temporaneo di imprese, nell'offerta dovrà essere specificato quale parte del servizio sarà eseguita da ciascuna delle imprese riunite ai sensi dell'art. 37, comma 4, del D. Lgs. n. 163/2006 e s.m.i. in base al modello allegato al presente capitolato d'oneri.

Alle ore 11:00 del giorno 16 novembre 2012, in seduta pubblica, presso la sede CNPADC in Roma, Via Mantova, 1, si procederà:

- a) ad aprire la busta "A - Documentazione a corredo dell'offerta" ed a constatare la completezza della documentazione richiesta per la presentazione dell'offerta, verificando il possesso delle condizioni di partecipazione;
- b) in caso di documentazione carente o incompleta, alla esclusione dalla selezione;

c) a formare l'elenco delle imprese ammesse alla selezione.

In successiva seduta pubblica, che sarà comunicata ai partecipanti ammessi, si procederà:

a) alla apertura della busta "B - Offerta economica";

b) alla lettura dei prezzi e dei ribassi offerti;

c) in caso di mancata rilevazione di offerte anomale, alla aggiudicazione provvisoria.

In caso di offerta/e anomala/e, si procede alla verifica ed all'espletamento della procedura ai sensi e per gli effetti degli artt. 87, 88 e 89 del D. Lgs. n. 163/2006 s.m.i.

Per l'espletamento delle suddette attività ci si riserva, ove necessario, di fissare una o più sedute.

L'aggiudicazione definitiva è subordinata alla verifica del possesso dei requisiti di cui all'art. 48, comma 2, del D. Lgs. n. 163/2006 s.m.i.

5) CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE

La selezione verrà aggiudicata con il criterio del prezzo più basso ai sensi dell'art. 82 del D.Lgs. n. 163/2006 e s.m.i..

Le offerte devono essere formulate a ribasso sull'importo di premio a base di gara, che non rientra nel campo di applicazione dell'IVA, stimato in complessivi € 52.500,00 (Euro cinquantaduemilacinquecento/00) per il triennio, per un premio massimo unitario annuo lordo a base d'asta (ossia per singolo dirigente) pari ad € 2.500,00 (Euro duemilacinquecento/00).

La CNPADC si riserva di non aggiudicare la selezione qualora nessuna delle offerte sia ritenuta conveniente o idonea. L'aggiudicazione potrà avere luogo anche nel caso di presentazione di una sola offerta. Si precisa che la CNPADC aggiudicherà valutando il ribasso offerto rispetto al premio massimo unitario annuo lordo a base d'asta (ossia per ogni singolo dirigente).

6) CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

Salva l'azione per il risarcimento dei maggiori danni, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 del codice civile, il contratto d'appalto potrà essere risolto dalla CNPADC nei seguenti casi:

1. subappalto o cessione di tutto o di parte del contratto qualora gli stessi risultino in violazione di quanto previsto dagli artt. 116, 117 e 118 del D. Lgs. n. 163/2006 e s.m.i.;
2. violazione dell'obbligo di riservatezza.

7) OSSERVANZA DI LEGGI E REGOLAMENTI – RICHIESTE DI CHIARIMENTI

Nell'esecuzione di quanto oggetto del presente appalto e nello svolgimento di qualsiasi attività ad esso connessa, il soggetto aggiudicatario è tenuto all'osservanza di tutte le leggi e regolamenti, nonché delle prescrizioni e raccomandazioni applicabili in materia di lavoro e previdenza sociale, prevenzione degli infortuni sul lavoro, igiene e sicurezza sul lavoro, assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e malattie professionali.

Il termine ultimo entro e non oltre il quale possono essere presentate richieste di chiarimenti sul bando e sul capitolato, sia di natura tecnica sia di natura amministrativa, è **fissato inderogabilmente alle ore 12:00 del giorno 5 novembre 2012**. Tali chiarimenti potranno essere richiesti al Responsabile del procedimento, dott. Sandro Nardi, all'indirizzo: s.nardi@cnpadc.it.

8) NOMINA DEL RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO AI SENSI DEL D. LGS. 196/03

In relazione al presente appalto, la CNPADC, nella qualità di titolare del trattamento, nominerà, ai sensi dell'articolo 29 del D. Lgs. 196/03, la società responsabile delle operazioni di trattamento dei dati personali effettuate in conseguenza delle attività svolte nell'esecuzione del contratto medesimo.

La società responsabile dovrà accettare la nomina, confermare la diretta ed approfondita conoscenza degli obblighi che si assumerà in relazione al dettato della legge sopra indicata e dovrà impegnarsi a procedere al trattamento dei dati personali attenendosi alle istruzioni ricevute e di seguito riportate, nel pieno rispetto di quanto imposto dall'articolo 29, comma 4, del predetto decreto.

Le istruzioni relative al trattamento, alle quali la società responsabile dovrà impegnarsi ad attenersi, sono le seguenti:

A) la società sarà autorizzata ad operare il trattamento esclusivamente per le attività strettamente necessarie per dare esecuzione al contratto, sulla base delle direttive ad essa fornite dalla CNPADC;

B) la società dovrà adottare le necessarie misure di sicurezza, sia fisiche che informatiche, atte a proteggere l'integrità, conservazione e riservatezza dei dati, in particolare quella dei dati definiti sensibili dalla legge. In particolare dovranno essere rigorosamente osservate le misure minime di sicurezza stabilite dagli articoli 33, 34, 35 e 36 del D. Lgs. 196/03, nonché dall'allegato B a tale decreto "Disciplinare Tecnico in materia di misure minime di sicurezza";

C) la società dovrà individuare coloro che materialmente effettuano le operazioni di trattamento e dovrà provvedere a nominarli per iscritto quali "incaricati del trattamento" ai sensi dell'art. 30 del D. Lgs. 196/03 e contestualmente fornire, sempre per iscritto, le istruzioni appropriate;

D) la società sarà tenuta a far rispettare ai propri incaricati la riservatezza su tutte le informazioni acquisite a seguito del mandato all'uopo conferito. In particolare essa dovrà assicurare che i propri dipendenti e collaboratori, i quali operano sotto la propria ed esclusiva responsabilità, osserveranno e faranno osservare la normativa rilevante, sia di contratto sia legislativa, nonché le istruzioni relative all'incarico ricevuto al fine di adempiere i compiti da essa assunti;

E) la società inoltre dovrà provvedere ad adeguata formazione degli incaricati sugli obblighi imposti dalla legge ed in particolare sulle misure di sicurezza adottate;

F) la società dovrà garantire gli adempimenti e le incombenze anche formali verso l'Autorità garante quando richiesto e nei limiti dovuti, disponendosi a collaborare tempestivamente, per quanto di competenza, sia con la CNPADC sia con l'Autorità garante. In particolare:

- dovrà fornire informazioni sulle operazioni di trattamento svolte;
- dovrà consentire l'effettuazione di controlli da parte della CNPADC;

G) la nomina cesserà al termine del contratto.

9) CESSIONE DEL CONTRATTO O SUBAPPALTO

E' vietato al soggetto aggiudicatario di cedere o subappaltare il contratto qualora la cessione o il subappalto del contratto medesimo siano in violazione di quanto previsto dagli artt. 116, 117 e 118 del D. Lgs. n. 163/2006 e s.m.i..

10) GESTIONE DELL'ASSICURAZIONE

La società aggiudicataria si impegna a definire e gestire, ai sensi della vigente legislazione, l'assicurazione per il tramite di una Cassa Aziendale (alla quale la CNPADC aderirà) per la sottoscrizione e gestione dei servizi assicurativi oggetto del contratto.

11) ACCERTAMENTI ANTIMAFIA

Il soggetto aggiudicatario deve scrupolosamente osservare le norme derivanti dalle disposizioni di legge note sotto il nome di "leggi antimafia".

Qualora dagli accertamenti di cui alla normativa in materia di antimafia risultasse che, anche successivamente all'inizio del servizio, il titolare o i legali rappresentanti del soggetto aggiudicatario non fossero in possesso dei requisiti per l'assunzione del servizio, la CNPADC disporrà la risoluzione del contratto con riserva di chiedere il risarcimento degli eventuali maggiori danni.

12) TESTO DI POLIZZA

TESTO DI POLIZZA MALATTIA - DIRIGENTI

DEFINIZIONI

<u>Socio Aziendale:</u>	Azienda associata alla Cassa.
<u>Assicurato:</u>	Titolare delle prestazioni che ha diritto alla prestazione.
<u>Società di gestione:</u>	Gestore del Network (mandatario per la gestione degli eventi dannosi).
<u>Accertamento diagnostico:</u>	Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
<u>Struttura Sanitaria Convenzionata</u>	Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui si definisce un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.
<u>Day Hospital:</u>	Prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto

Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti

di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

<u>Difetto Fisico</u> :	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
<u>Evento dannoso</u> :	Il verificarsi dell'evento per il quale è erogata la prestazione.
<u>Franchigia</u> :	Somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.
<u>Indennità sostitutiva</u> :	Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.
<u>Indennizzo</u> :	Somma dovuta al Titolare delle prestazioni in caso di evento dannoso.
<u>Infortunio</u> :	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
<u>Intervento chirurgico</u> :	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito ai fini terapeutici.
<u>Intervento chirurgico ambulatoriale</u> :	Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.
<u>Istituto di Cura</u> :	Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
<u>Malattia</u> :	Ogni alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.
<u>Malformazione</u> :	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
<u>Parti</u> :	Il socio aziendale e la Cassa eventualmente surrogata alla Società di gestione.
<u>Retta di degenza</u> :	Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.
<u>Ricovero</u> :	Degenza in Istituto di Cura comportante pernottamento.
<u>Scoperto</u> :	La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Le prestazioni sono operanti in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali,

- medicinali;
- protesi ortopediche e acustiche;
- malattie oncologiche;
- prevenzione;
- servizi di consulenza e di assistenza;
- prestazioni odontoiatriche;
- lenti e occhiali.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Eventi Dannosi" delle condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate**
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate**
- c) Servizio Sanitario Nazionale**

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei dirigenti della Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Dottori Commercialisti.

La garanzia può essere estesa, dietro richiesta del dirigente e con costi a suo carico, al nucleo familiare e al convivente more uxorio. Tale estensione implica l'applicazione ai familiari e al convivente delle condizioni contrattuali di cui al presente testo.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La Società aggiudicataria provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. -----

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, la garanzia è prestata nel limite di euro 55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di euro 55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. ----- Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

Il Titolare delle prestazioni sarà rimborsato delle spese di trasporto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di euro 1.550,00 per ricovero.

3.3 DAY HOSPITAL

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati. La garanzia non è operante per le visite specialistiche, gli esami e gli accertamenti effettuati a soli fini diagnostici.

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, si provvederà al pagamento delle spese sostenute dall'Assistito per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricoveri in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.5 TRAPIANTI

Nel caso di trapianti di organi o di parte di essi conseguente a malattia o ad infortunio, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Nel caso di donazione da vivente, il contratto garantisce le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.6 PARTO E ABORTO

3.6.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata, si provvederà al pagamento delle spese sostenute dall'Assicurato per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", g) "Post -ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di euro 6.000,00 per anno e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

3.6.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata

che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura", lett. g) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di euro 5.000,00 per anno e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

3.7 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante il ricovero, la Società aggiudicataria rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di euro 1.500,00 per anno e per nucleo familiare.

3.8 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate ed effettuate da medici convenzionati

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente alle Strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

Punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":

- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

Punto 3.2 "Trasporto sanitario";

Punto 3.7 "Rimpatrio della salma"

che vengono rimborsate all'Assistito nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

Punto 3.6 " Parto e Aborto";

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con uno scoperto

del 10%, con il minimo non indennizzabile di euro 250,00 ad eccezione delle seguenti:

Punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura";

- lett. d) "Retta di degenza";
- lett. e) "Accompagnatore";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

Punto 3.2 "Trasporto sanitario";

Punto 3.6 "parto e aborto";

Punto 3.7 "Rimpatrio della salma"

che vengono rimborsate all'Assistito nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.9 "Indennità sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, ----- sarà integralmente rimborsato dell'importo da lui anticipato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'"indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a)

"Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate ed effettuate dai medici convenzionati" o lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate".

3.9 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assistito, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso annessa, avrà diritto ad un'indennità di euro 103,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero. In caso di parto l'indennità giornaliera viene elevata a euro 230,00.

3.10 MASSIMALI A GARANZIA

Il massimale annuo per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a euro 1.500.000,00 per nucleo familiare.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Titolare delle prestazioni sarà rimborsato delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Flebografia
- Linfografia
- Artografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Vesciculodeferentografia
- Clisma opaco
- Rx Esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Wirsunggrafia
- Splenoportografia
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Fluorangiografia
- Videoangiografia
- Retinografia
- Defecografia
- Fistolografia
- Galattografia
- Isterosalpinografia
- Mielografia
- Scialografia

Accertamenti

- Elettromiografia
- Elettroencefalogramma
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- Tomografia assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

- PET
- Accertamenti endoscopici
- Diagnostica radiologica
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecografia

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico

Il massimale annuo a garanzia per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a euro 5.500,00 per singolo dirigente. Se la copertura viene estesa anche al nucleo familiare e/o al convivente more uxorio il massimale annuo assicurato viene elevato ad euro 8.000,00.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di euro 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia).

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Titolare delle prestazioni sarà rimborsato integralmente dei ticket sanitari a suo carico.

5. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI, CURE TERMALI, MEDICINALI

L'Assicurato sarà rimborsato delle spese per visite specialistiche (anche omeopatiche) e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio.

Sono inoltre comprese le spese per trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali (no spese di natura alberghiera) e medicinali anche omeopatici.

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

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, i medicinali ed i trattamenti fisioterapici non prevedono questa modalità.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di euro 25,00 per ogni visita specialistica, accertamento diagnostico, ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, gli saranno rimborsati i tickets sanitari a carico dello stesso.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a euro 1.550,00 per il

singolo dirigente. Se la copertura viene estesa anche al nucleo familiare e/o al convivente more uxorio il massimale annuo viene elevato a euro 3.000,00.

6. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

L'Assicurato sarà rimborsato delle spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di euro 1.550,00 per il singolo dirigente. Se la copertura viene estesa anche al nucleo familiare e/o al convivente more uxorio il massimale annuo viene elevato a euro 3.000,00. Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20%.

7. MALATTIE ONCOLOGICHE

L'Assicurato sarà liquidato delle spese extra-ospedaliere per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie oncologiche, anche farmacologiche relative a malattie oncologiche.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito verranno liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute vengono integralmente rimborsate.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, gli saranno rimborsati integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a euro 15.000,00 per nucleo familiare.

8. PREVENZIONE

La Società aggiudicataria provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione effettuate in strutture-sanitarie convenzionate e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, una volta l'anno. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- prelievo venoso
- ALT
- AST
- gamma GT
- glicemia
- colesterolo totale, HDL, LDL
- trigliceridi
- urea
- creatinina
- emocromo
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- VES
- esame urine

Per gli uomini

Elettrocardiogramma

Per le donne

Ecodoppler atri inferiori

Oltre 50 anni di età

Per gli uomini (una volta l'anno) PSA e PSA free
Per le donne (una volta ogni due anni) Mammografia

9. DIAGNOSI COMPARATIVA

Qualora l'Assistito avverta l'esigenza di sottoporre i responsi ricevuti dai sanitari curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, all'autorevole verifica da parte dei migliori esperti delle diverse discipline specialistiche, potrà contattare direttamente la Centrale Operativa della Società di aggiudicataria il numero verde

In tal modo l'Assistito verrà informato tempestivamente della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita.

L'Assistito beneficia dei seguenti servizi:

1. La Centrale Operativa fornisce un servizio che rilascia un referto scritto, sulla base dell'analisi dei referti medici del Paziente, dell'esame da parte dei medici associati dei principali risultati diagnostici presentati e dell'analisi e i consigli di un medico specialista le cui caratteristiche risultano essere appropriate al caso. La relazione scritta includerà un sunto delle informazioni riguardanti il medico interpellato sul caso, comprendente la specializzazione, la formazione e l'esperienza maturata.
2. La Centrale Operativa fornisce un servizio che metterà in contatto l'Assistito con un massimo di tre specialisti scelti tra i migliori nel trattamento di quella particolare malattia. La Centrale operativa ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Assistito.
3. La Centrale Operativa prende tutti gli appuntamenti e gli accordi per l'accettazione, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza, e fornisce un servizio clienti 24 ore su 24 per i pazienti. Amministrativamente, supervisiona il pagamento delle richieste mediche di risarcimento, incluso garantire che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori ed abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza consente sconti significativi sulle tariffe mediche.

Il complesso delle prestazioni suindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, l'assistito dovrà inviare la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico specialista, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Società di aggiudicataria con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

10. CURE ODONTOIATRICHE

A parziale deroga dell'art. B-2, l'Assicurato sarà rimborsato fino alla concorrenza del massimale per nucleo, incluso il convivente more uxorio, e per anno di euro 2.100,00 applicando una franchigia di Euro 130,00, delle spese sostenute a seguito di malattia per:

- cure dentistiche;
- estrazioni;
- protesi dentarie;
- apparecchi ortodontici.

Si precisa che l'implantologia, sia su osso mascellare che mandibolare resa necessaria a seguito di infortunio ed effettuata da medico chirurgo, viene considerata intervento chirurgico a tutti gli effetti; se, invece, viene effettuata per altra causa rientra nella presente garanzia "Cure odontoiatriche" e vigono il massimale e la franchigia previsti.

I tickets sono rimborsati al 100%.

11. CURE OCULISTICHE E ORTOTTICHE

A parziale deroga dell'art. B-2, il titolare delle prestazioni sarà rimborsato fino alla concorrenza del massimale per nucleo e per anno di euro 2.000,00 applicando una franchigia di euro 150,00, delle spese sostenute a seguito di malattia per:

- cure oculistiche;
- applicazione di lenti a contatto;
- acquisto lenti per occhiali;
- interventi di correzione della miopia, senza limitazioni in termini di differenziale della capacità visiva;
- apparecchi protesici.

I tickets sono rimborsati al 100%.

12. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA MEDICA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde dal lunedì al venerdì

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Invio di un medico

Nel caso in cui, in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

f) Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sottoelencati:

aereo sanitario;

aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;

treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;

autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese della Centrale Operativa. Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della regione di residenza dell'Assicurato.

All'estero

g) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si terrà a proprio carico le spese di soggiorno nel limite di € 500,00 per sinistro.

h) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di speciali medicinali irripetibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative. Rimane a carico dell'assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

i) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sottoelencati:

- aereo sanitario
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella
- treno, prima classe e, se necessario in vagone letto
- autoambulanza senza limiti di percorso

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica. Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possono essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Centrale operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

13. PREMIO E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

- a) dirigente
- b) coniuge o convivente more uxorio
- c) ogni figlio

La copertura avrà effetto dalle ore 24 del 31.12.2012.

14. INCLUSIONI/ESCLUSIONI

1) **Inclusione del nucleo familiare.** Per i dirigenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli tutti risultanti da stato di famiglia, possono essere inclusi con costi a carico del dirigente entro il; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli di dipendenti neoassunti o neopromossi sempreché risultanti dallo stato di famiglia.

2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i dirigenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto 2 "Persone aventi diritto alle prestazioni", secondo capoverso, in un momento successivo alla decorrenza del contratto è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni dalla variazione stessa.

In caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione alla Compagnia e alla Cassa aziendale.

3) Inserimento di nuovi dirigenti in data successiva all'effetto del contratto

In caso di nuove assunzioni, la garanzia per il dirigente e i familiari indicati al punto 2 "Persone aventi diritto alle prestazioni", primo capoverso, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché

questa venga comunicata alla Compagnia e alla Cassa aziendale entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione.

4) Inclusioni nel corso del periodo assicurativo

Per tutte le entrate occorse nel primo semestre, il contributo è pari all'importo annuo.

Per tutte le entrate occorse nel secondo semestre, il contributo è pari al 60% dell'importo annuo.

5) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dirigente e gli eventuali familiari in garanzia vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva. In caso di cessazione del rapporto per pensionamento, è facoltà dell'ex dirigente di mantenere la copertura, con premio a proprio carico.

A- CONDIZIONI GENERALI

A-1 EFFETTO DELLE GARANZIE

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati alla Società entro 45 giorni dalla data di effetto; diversamente ha effetto alle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

Il contributo deve essere pagato alla Cassa aziendale.

Il mancato pagamento del contributo causa la sospensione della garanzia dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento.

A-2 DURATA DELLE GARANZIE/TACITA PROROGA DELLE GARANZIE

Il contratto ha una durata triennale e scade alle ore 24 della data indicata sul frontespizio.

La CNPADC si riserva di esercitare la facoltà di cui all'art. 57, co. 5, lett. b), del D.Lgs. n. 163/2006 s.m.i. In tale ipotesi, la ripetizione del servizio oggetto di gara potrà essere richiesta per un ulteriore periodo di massimo 2 (due) anni. Non sono consentite ulteriori proroghe.

A-3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DELLE GARANZIE

Le eventuali modifiche delle garanzie successive alla stipulazione del contratto debbono essere definite per iscritto.

A-4 FORO COMPETENTE

Il Foro competente è quello di Roma

A-5 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

A-6 ALTRE GARANZIE

L'Assicurato è esonerato dal dichiarare l'eventuale esistenza di altre garanzie in essere stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato di darne avviso in caso di evento dannoso.

A-7 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene per le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

A-8 COLPA GRAVE

Si precisa, anche in deroga all'art. 1900 c.c., che vengono compresi nella copertura tutti gli eventi che non siano causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato. Sono inclusi nella garanzia, quindi, anche tutti gli eventi determinati da colpa grave dell'Assicurato.

B- LIMITAZIONI

B-1 ESTENSIONE TERRITORIALE

Nei limiti di quanto sopra esposto, sono ammesse a rimborso le spese sostenute nel mondo intero.

B-2 ESCLUSIONI DALLE GARANZIE

L'erogazione delle prestazioni non è operante per:

1. la chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri a meno che vengano effettuati: 1) in caso di anisotropia superiore a tre diottrie; 2) in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio);
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
4. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
5. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessarie la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;
6. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
7. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
10. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.
12. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.

B-1 LIMITI DI ETÀ'

Il contratto per l'erogazione delle prestazioni per gli infortuni può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento dell'80° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare dell'Assicurato la garanzia cessa nel medesimo momento in cui termina per l'Assicurato.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga l'80° anno di età, la garanzia cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

C- EVENTI DANNOSI

C-1 DENUNCIA DELL'EVENTO DANNOSO

L'Assicurato chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al numero verde (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a Sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il

piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.1.1 "Eventi dannosi in strutture convenzionate", C.1.2 "Eventi dannosi in strutture non convenzionate" o C.1.3 "Eventi dannosi nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti C.1.2 "Eventi dannosi in struttura non convenzionata" e 3.8 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate".

C.1.1 EVENTI DANNOSI IN STRUTTURE CONVENZIONATE

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. In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extra-ricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti. La società aggiudicataria provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assistito delega la società aggiudicataria a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assistito né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nel contratto, eccedenti il massimale a garanzia o non autorizzate.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Associato verranno liquidate con le modalità previste ai punti C.1.2 "Eventi dannosi in strutture non convenzionate" o C.1.3 "Eventi dannosi nel Servizio Sanitario Nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

C.1.2 EVENTI DANNOSI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare alla società aggiudicataria la documentazione necessaria: modulo della denuncia dell'evento dannoso, corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricovero.

L'Assistito deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla società aggiudicataria e fornire alla stessa ogni informazioni sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'anno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assistito viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla società aggiudicataria della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Qualora l'Assistito abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, all'Assistito verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto 3.8 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

C.1.3 EVENTI DANNOSI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extra-ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti C.1.1 "Eventi dannosi in strutture convenzionate" o C.1.2 "Eventi dannosi in strutture non convenzionate".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia di evento dannoso corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate

La documentazione di spesa in originale viene conservata dalla Società e inviata all'Assicurato con cadenza mensile con aggiornamenti relativi allo stato delle Sue richieste di rimborso.

Per gli eventi dannosi avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta europea, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

C.2 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per Parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

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

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

Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

MODELLO DI PRESENTAZIONE DELL'OFFERTA ECONOMICA

(per impresa singola)

Ragione sociale e sede dell'offerente

Spett.le
C.N.P.A.D.C.
SEDE

OGGETTO: Offerta economica per la stipula di una polizza assicurativa sanitaria triennale a favore dei dirigenti della Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti.

Con riferimento alla selezione indetta da codesta Cassa per la stipula della polizza emarginata, il sottoscritto _____, nato a _____, il _____, Codice fiscale _____; nella sua qualità di *(barrare casella che ricorre)*

legale rappresentante

procuratore *(il soggetto che ha la delega, procura o mandato)*

dell'impresa _____ con sede in _____, via _____, P.IVA n. _____, iscritta alla C.C.I.A.A. *(ovvero ad equivalente Albo o registro professionale dello Stato di appartenenza)* di _____

OFFRE

per l'appalto in oggetto, l'importo di euro _____ *(in cifre ed in lettere)* corrispondente al premio massimo unitario annuo lordo (ossia per singolo dirigente), pari ad un ribasso del _____ *(in cifre ed in lettere)* sul prezzo a base d'asta di euro 2.500,00 (duemilacinquecento/00).

A tal fine dichiara che l'importo offerto è comprensivo di accessori e imposte.

Luogo e data

Firma

La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia non autenticata del documento di identità del sottoscrittore.

MODELLO DI PRESENTAZIONE DELL'OFFERTA ECONOMICA
(per raggruppamenti temporanei di imprese già costituiti)

Ragione sociale e sede delle offerente

Spett.le
C.N.P.A.D.C.
SEDE

OGGETTO: Offerta economica per la stipula di una polizza assicurativa sanitaria triennale a favore dei dirigenti della Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti.

”

Con riferimento alla selezione indetta da codesta Cassa per la stipula della polizza emarginata, il sottoscritto _____, nato a _____, il _____, Codice fiscale _____; nella sua qualità di *(barrare casella che ricorre)*

legale rappresentante

procuratore *(il soggetto che ha la delega, procura o mandato)*

dell'impresa _____ con sede in _____, via _____, P.IVA n. _____, iscritta alla C.C.I.A.A. *(ovvero ad equivalente Albo o registro professionale dello Stato di appartenenza)* di _____, quale mandataria del raggruppamento temporaneo di imprese, giusta mandato collettivo irrevocabile allegato alla domanda di partecipazione

OFFRE

per l'appalto in oggetto, l'importo di euro _____ *(in cifre ed in lettere)* corrispondente al premio massimo unitario annuo lordo (ossia per singolo dirigente), pari ad un ribasso del _____ *(in cifre ed in lettere)* sul prezzo a base d'asta di euro 2.500,00 (duemilacinquecento/00).

A tal fine dichiara che l'importo offerto è comprensivo di accessori e imposte.

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 37, comma 4 del D. Lgs. n. 163/2006, specifica le parti del servizio che saranno eseguite dalle singole imprese riunite:

./.

Denominazione

Parte del servizio che sarà eseguita dalle singole imprese

IMPRESA MANDATARIA

IMPRESA MANDANTE

IMPRESA MANDANTE

Luogo e data

Firma

La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia non autenticata del documento di identità del sottoscrittore.

MODELLO DI PRESENTAZIONE DELL'OFFERTA ECONOMICA

(per raggruppamenti temporanei di imprese costituenti)

Ragione sociale e sede delle offerenti

Spett.le
C.N.P.A.D.C.
SEDE

OGGETTO: Offerta economica per la stipula di una polizza assicurativa sanitaria triennale a favore dei dirigenti della Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti.

Con riferimento alla selezione indetta da codesta Cassa per la stipula della polizza emarginata, il sottoscritto _____, nato a _____, il _____, Codice fiscale _____, nella sua qualità di *(barrare casella che ricorre)*

- legale rappresentante
 procuratore *(il soggetto che ha la delega, procura o mandato)*

dell'impresa _____ con sede in _____, via _____, P.IVA n. _____, iscritta alla C.C.I.A.A. *(ovvero ad equivalente Albo o registro professionale dello Stato di appartenenza)* di _____;

il sottoscritto _____, nato a _____, il _____, Codice fiscale _____, nella sua qualità di *(barrare casella che ricorre)*

- legale rappresentante
 procuratore *(il soggetto che ha la delega, procura o mandato)*

dell'impresa _____ con sede in _____, via _____, P.IVA n. _____, iscritta alla C.C.I.A.A.

Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti

(ovvero ad equivalente Albo o registro professionale dello Stato di appartenenza) di _____;

il sottoscritto _____, nato a _____, il _____, Codice fiscale _____, nella sua qualità di (barrare casella che ricorre)

legale rappresentante

procuratore (il soggetto che ha la delega, procura o mandato)

dell'impresa _____ con sede in _____, via _____, P.IVA n. _____, iscritta alla C.C.I.A.A. (ovvero ad equivalente Albo o registro professionale dello Stato di appartenenza) di _____,

che partecipano alla selezione giusta dichiarazione di impegno a costituire un raggruppamento temporaneo di imprese, allegata alla domanda di partecipazione,

OFFRONO

per l'appalto in oggetto, l'importo di euro _____ (in cifre ed in lettere) corrispondente al premio massimo unitario annuo lordo (ossia per singolo dirigente), pari ad un ribasso del _____ (in cifre ed in lettere) sul prezzo a base d'asta di euro 2.500,00 (duemilacinquecento/00).

A tal fine dichiarano che l'importo offerto è comprensivo di accessori e imposte.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 37, comma 4 del D. Lgs. n. 163/2006, specificano le parti del servizio che saranno eseguite dalle singole imprese riunite:

Denominazione

Parte del servizio che sarà eseguita dalle singole imprese

IMPRESA MANDATARIA

IMPRESA MANDANTE

IMPRESA MANDANTE

Luogo e data

Firma dell'Impresa Mandataria

Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti

Firma dell'Impresa Mandante

Firma dell'Impresa Mandante

La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia non autenticata del documento di identità dei sottoscrittori.