

CAPITOLATO D'ONERI

Procedura aperta per la stipula di una polizza assicurativa sanitaria a favore dei dipendenti con qualifica non dirigenziale della Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti – CIG 5238545815.

SOMMARIO

1. AMMINISTRAZIONE AGGIUDICATRICE
2. REQUISITI DI PARTECIPAZIONE ALLA GARA
3. OGGETTO E DURATA DELL'APPALTO
4. MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLA PROCEDURA DELL'APPALTO
5. CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE
6. CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA
7. OSSERVANZA DI LEGGI E REGOLAMENTI - ATTI DI GARA – 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.

2) REQUISITI DI PARTECIPAZIONE ALLA GARA

2.1) REQUISITI DI ORDINE GENERALE

A pena di esclusione dalla gara, in conformità a quanto previsto dall'art. 38 del Codice, non possono partecipare alla procedura di gara gli operatori economici:

- a) che si trovano in stato di fallimento, di liquidazione coatta amministrativa, 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 penale 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 poteri 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 gara, 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 gara; 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, per aver presentato falsa dichiarazione o falsa documentazione in

merito a requisiti e condizioni rilevanti per la partecipazione a procedure di gara 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 36-bis, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248;
- m-bis) nei cui confronti, ai sensi dell'articolo 40, comma 9-quater, risulta l'iscrizione nel casellario informatico di cui all'articolo 7, comma 10, 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.

A pena di esclusione dalla gara, non possono partecipare alla presente gara, gli operatori economici che incorrano nei divieti e/o nelle cause di esclusione di cui all'art. 1 bis, comma 14, della L. n. 383/2001 e ss.mm.ii.

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.

Sono ammesse a partecipare le imprese assicurative (D.Lgs. 7/9/2005, n. 209 - codice delle assicurazioni private) costituite nelle forme giuridiche di cui all'art. 34 del D.Lgs. n. 163/2006, aventi sede legale in Italia o all'estero purché, in quest'ultimo caso, legittimate ad operare nel territorio italiano in forza di disposizioni normative o amministrative vigenti. In ogni caso le imprese partecipanti devono essere autorizzate all'esercizio dell'attività assicurativa del ramo malattia. Non sono valide le offerte presentate da intermediari assicurativi non mandatari e non procuratori di

imprese assicurative

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 gara.

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 e s.m.i..

2.2) CAPACITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA

Informazioni e formalità necessarie per valutare la conformità ai requisiti.

I concorrenti devono rendere una dichiarazione, ai sensi del D.P.R. 445/00, a pena di esclusione dalla gara, sottoscritta dal rappresentante legale (o più dichiarazioni nel caso di imprese appositamente riunite) ed attestante l'ammontare della raccolta premi ramo malattia per ciascuno degli anni 2010/2011/2012. L'importo minimo dovrà essere di € 180.000,00 (centottantamila/00) per ciascun anno.

In caso di raggruppamento temporaneo di imprese tale requisito dovrà risultare dalla somma degli importi relativi alla raccolta dei premi ramo malattia conseguiti nel triennio di riferimento dalle compagnie partecipanti al raggruppamento.

Per tutto quanto non previsto dal presente articolo 2.2) i concorrenti sono tenuti a conformarsi alle disposizioni degli artt. 41 e 37 del D.lgs. n. 163/2006 e s.m.i..

2.3) CAPACITÀ TECNICA

Informazioni e formalità necessarie per valutare la conformità ai requisiti.

I concorrenti devono rendere una dichiarazione, ai sensi del D.P.R. 445/00, a pena di esclusione dalla gara, 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 200 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 2.3) i concorrenti sono tenuti a conformarsi alle disposizioni degli artt. dal 42 al 48 del D.lgs. n. 163/2006 e s.m.i..

3) OGGETTO E DURATA DELL'APPALTO

Procedura aperta per la stipula di una polizza assicurativa sanitaria a favore dei dipendenti della Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti” per circa 150 dipendenti con qualifica non dirigenziale, alle condizioni indicate nel capitolato d’oneri; si precisa che il numero di 150 dipendenti e il conseguente importo complessivo presunto del servizio è solo indicativo essendo legato alla effettiva adesione dei dipendenti alla polizza medesima. L’aggiudicatario è vincolato altresì ad estendere la copertura di cui al capitolato d’oneri, dietro richiesta eventuale e facoltativa di ciascun dipendente della Cassa, e alle medesime condizioni di assicurazione, anche all’intero nucleo familiare (inteso come il nucleo che può risultare composto dal dipendente, dal coniuge, dal convivente more uxorio e dai figli del dipendente richiedente), con costi a carico del dipendente. Tale estensione implica l’adeguamento del premio in base ai seguenti criteri:

- nucleo familiare composto da due persone: premio costituito dalla sommatoria tra l’importo definito per il singolo dipendente (euro 1.200,00 (milleduecento/00) meno ribasso d’asta) e l’importo medesimo ridotto del 25%;
- nucleo familiare composto da tre o più persone: raddoppio del premio definito per il singolo dipendente (euro 1.200,00 (milleduecento/00) meno ribasso d’asta moltiplicato due).

Le condizioni di polizza, vincolanti ed inderogabili per i concorrenti, sono stabilite nel testo di cui al successivo articolo 12) del presente capitolato d’oneri.

La durata del contratto è fissata in 36 (trentasei) mesi, dalle ore 24,00 del 01/01/2014 alle ore 24,00 del 31/12/2016. Così come previsto nella Sezione II.2.2 del Bando, la CNPADC si riserva di esercitare l’opzione di cui all’art. 57, co. 5, lett. b) del d.lgs. n. 163/2006. In tale ipotesi, la ripetizione del servizio oggetto di gara potrà essere richiesta per un ulteriore periodo massimo di un anno e per un importo corrispondentemente incrementato, in via indicativa, sino a complessivi Euro 720.000,00 (Euro settecentoventimila/00), salvo quanto già evidenziato al precedente capoverso ed alla Sezione II.2.1 del Bando.

4) MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELLA PROCEDURA DELL'APPALTO

A pena di esclusione, entro il termine perentorio delle ore **12:00 del giorno 18/09/2013**, i concorrenti dovranno far pervenire un plico, idoneamente sigillato con ceralacca o prodotto simile e controfirmato sui lembi di chiusura, recante all’esterno – oltre all’intestazione del mittente e all’indirizzo dello stesso – la dicitura “Procedura aperta per la stipula di una polizza assicurativa sanitaria a favore dei dipendenti con qualifica non dirigenziale della CNPADC – CIG 5238545815.” all’indirizzo di Via Mantova, 1 – 00198 Roma. Farà fede la data e l’orario di arrivo del plico posto dall’Ufficio protocollo della Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti. Il recapito tempestivo del plico rimane ad esclusivo rischio dei mittenti.

A tal fine si precisa che la CNPADC è aperta al pubblico dalle ore 9:00 alle ore 12:00, di tutti i giorni esclusi il sabato, la domenica ed i festivi, all’indirizzo sopra detto (dell’avvenuta consegna la CNPADC rilascerà apposita ricevuta).

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

Nella 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 rappresentante 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, il numero di fax o l’indirizzo di posta elettronica ove inviare tutte le comunicazioni inerenti la procedura di gara;
 - 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 gara, 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. fideiussione pari al 2% dell’importo a base di gara, sotto forma di cauzione o fideiussione ai sensi dell’articolo 75 del D. Lgs. n. 163/2006 e s.m.i.;
3. impegno di un fideiussore a rilasciare garanzia fideiussoria di cui all’articolo 113 del D. Lgs. n. 163/2006 e s.m.i.;
4. dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. n. 445/00 per i requisiti di cui agli articoli 2.1), 2.2) e 2.3) del presente Capitolato d’Oneri;
5. originale o autocertificazione del certificato di iscrizione nel registro delle imprese presso la 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.;
6. dichiarazione di due istituti bancari o intermediari autorizzati, così come previsto dall’articolo 41 del D. Lgs. n. 163/2006 e s.m.i.;
7. dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/00 di accettazione integrale ed incondizionata del bando di gara e del presente Capitolato d’Oneri;
8. attestazione del pagamento del contributo a favore dell’Autorità per la Vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture secondo le istruzioni operative impartite dall’AVCP con avviso del 31 marzo 2010;

Ai sensi dell’articolo 49 del D. Lgs. n. 163/2006 e s.m.i. è consentito l’avvalimento.

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

Si applica la procedura di cui all’art. 48 del D.Lgs. n. 163/2006 e s.m.i.

La verifica delle eventuali offerte anomale avverrà ai sensi degli artt. 86 e seguenti del Codice. La CNPADC, ai sensi e per gli effetti del comma 7 dell'articolo 88 del Codice, si riserva la facoltà di procedere contemporaneamente alla verifica di anomalia delle migliori offerte, non oltre la quinta.

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.

Nella busta "B - Offerta economica" dovrà essere contenuta, a pena di esclusione, la dichiarazione, debitamente sottoscritta dal legale rappresentante dell'impresa o da suo procuratore, contenente il ribasso percentuale, in cifre e lettere, ribasso sulla seguente base d'asta, oneri fiscali e di qualunque altro tipo compresi: euro 1.200,00 (milleduecento/00) corrispondente al premio massimo unitario annuo lordo (ossia per singolo dipendente). Si precisa che il numero di 150 dipendenti e il conseguente importo complessivo presunto del servizio pari ad € 540.000/00 (euro cinquecentoquarantamila/00) è solo indicativo essendo legato alla effettiva adesione dei dipendenti alla polizza medesima.

L'offerta va compilata in base al modello allegato al presente Capitolato d'Oneri.

Non sono previsti oneri per la sicurezza in quanto non sussistono rischi da interferenze per l'esecuzione del contratto, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 26, comma 5, del d.lgs. n. 81/2008 e dalla circolare numero 3 del 5 marzo 2008 dell'Autorità di Vigilanza dei Contratti Pubblici.

La offerente dovrà dichiarare di aver verificato l'eseguibilità del servizio conformemente al Capitolato d'Oneri e di ritenere il prezzo offerto totalmente remunerativo.

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'articolo 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 10:00 del giorno 19/09/2013, in seduta pubblica, si procederà 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. Si procederà a formare l'elenco delle imprese ammesse alla gara nonché a dare corso alla procedura di verifica prevista dall'articolo 48 del D. Lgs. n. 163/2006 e s.m.i.

Successivamente la CNPADC in seduta pubblica, che sarà comunicata agli interessati, procederà:

- 1)** alla apertura della busta "B - Offerta economica";
- 2)** alla lettura dei prezzi e dei ribassi offerti;
- 3)** in caso di rilevazione di offerte anomale o all'esito del relativo subprocedimento troveranno applicazione gli articoli 86, 87, 88 e 89 del D. Lgs. n.163/2006 e s.m.i.;
- 4)** in caso di mancata rilevazione di offerte anomale, alla aggiudicazione provvisoria.

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

L'offerta dovrà essere redatta in lingua italiana o corredata di traduzione giurata, non può presentare correzioni che non siano espressamente confermate e sottoscritte dal legale rappresentante, non può essere condizionata o formulata in modo indeterminato o con semplice riferimento ad altra offerta propria o di altri.

L'offerta presentata deve considerarsi vincolante per la durata di almeno 180 giorni dal ricevimento delle offerte. Laddove non si dovesse addivenire, al momento della scadenza del periodo di vincolatività, all'aggiudicazione definitiva, i partecipanti – dietro richiesta della Stazione Appaltante – s'impegnano a prorogare la validità ed a confermare il carattere vincolante dell'offerta per ulteriori 180 giorni.

5) CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE

Criterio del prezzo più basso determinato mediante ribasso sull'importo posto a base di gara, come previsto dall'art. 82 del D.Lgs. n. 163/2006 e s.m.i.

Le offerte devono essere formulate a ribasso sulla seguente base d'asta, oneri fiscali e di qualunque altro tipo compresi: euro 1.200,00 (milleduecento/00) corrispondente al premio massimo unitario annuo lordo (ossia per singolo dipendente). Si precisa che il numero di 150 dipendenti e il conseguente importo complessivo presunto del servizio pari ad € 540.000/00 (euro cinquecentoquarantamila/00) è solo indicativo essendo legato alla effettiva adesione dei dipendenti alla polizza medesima.

La CNPADC si riserva di non aggiudicare la gara 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 dipendente).

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;
2. violazione dell'obbligo di riservatezza.

7) OSSERVANZA DI LEGGI E REGOLAMENTI – INFORMAZIONI COMPLEMENTARI

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.

1. L'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, ai fini di usufruire dei benefici fiscali previsti dalla legge.
2. Il termine ultimo per la richiesta di chiarimenti di natura tecnica o amministrativa relativi alla gara è fissato entro le ore 14:00 del giorno 12/09/2013. Si informa che gli uffici della CNPADC rimarranno chiusi nel periodo 8 agosto/23 agosto 2013. Responsabile delle procedure di affidamento della presente gara ai sensi e per gli effetti del comma 9 dell'art. 10 del Codice è il dott. Sandro Nardi.
3. Il Codice Identificativo della Gara (CIG), ai fini del pagamento del contributo dovuto all'Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture ("AVCP") ex art. 1, co. 65 e 67, della l. 23 dicembre 2005, n. 266, è: CIG 5238545815. È fatto obbligo ai partecipanti di allegare prova

documentale di avvenuto pagamento di tale contributo a favore dell'AVCP, mediante versamento da effettuare secondo le istruzioni operative presenti sul sito della medesima al seguente indirizzo www.avcp.it.

4. Il presente Bando di Gara e il relativo Capitolato d'oneri sono disponibili sul sito www.cnpadc.it, Sezione Attività negoziali.

5. Il bando non vincola la Stazione Appaltante né all'espletamento della Gara, né alla successiva aggiudicazione che, in ogni caso, potrà avvenire anche in presenza di una sola impresa selezionata, o di una sola offerta valida, purché ritenuta meritevole di accoglimento. La Stazione Appaltante si riserva espressamente la possibilità di annullare la Gara o di modificarne o rinviarne i termini in qualsiasi momento, a suo insindacabile giudizio e nel rispetto dei principi di trasparenza e parità di trattamento, senza che i partecipanti possano avanzare pretese di qualsiasi genere o natura.

6. I partecipanti, inviando le proprie offerte, consentono il trattamento dei propri dati, anche personali, ai sensi del Codice, per le connesse esigenze concorsuali e contrattuali.

7. Ai sensi dell'art. 11, co. 2, del Codice si precisa che la delibera del Consiglio di Amministrazione è stata adottata il 10/07/2013.

8. Non sono ammesse offerte in aumento, parziali, plurime, condizionate, contenenti riserve o comunque non conformi a quanto previsto dal capitolato d'oneri e dai relativi allegati, pena l'esclusione dalla Gara.

9. La verifica delle eventuali offerte anomale avverrà ai sensi degli artt. 86 e seguenti del Codice. La CNPADC, ai sensi e per gli effetti del comma 7 dell'articolo 88 del Codice, si riserva la facoltà di procedere contemporaneamente alla verifica di anomalia delle migliori offerte, non oltre la quinta.

10. La Stazione Appaltante si riserva il diritto di procedere ai sensi dell'art. 140, co. 1 e 2, del Codice.

11. Per ogni ipotesi non prevista dal Bando o dal presente Capitolato d'oneri si fa riferimento a quanto previsto dal Codice e dal Regolamento d'Esecuzione dello stesso, contenuto nel d.P.R. 5 ottobre 2010, n. 207.

12. In conformità a quanto previsto dall'art. 11, co. 10, del Codice, il contratto non può comunque essere stipulato prima di trentacinque giorni dall'invio dell'ultima delle comunicazioni del provvedimento di aggiudicazione definitiva.

13. Ai sensi dell'art. 35 del d.l. 18/10/2012, n.17, convertito con la legge 17/12/2012, n. 221, le spese per la pubblicazione di cui al secondo periodo del comma 7 dell'articolo 66 del Codice, sono rimborsate alla stazione appaltante dall'aggiudicatario entro il termine di sessanta giorni dall'aggiudicazione.

14. L'importo a base di gara è costituito da premi assicurativi ed è quindi escluso dal campo di applicazione dell'IVA.

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.

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 Cassa aderirà) per la sottoscrizione e gestione dei servizi assicurativi oggetto del contratto, al fine di usufruire dei benefici fiscali previsti dalla legge..

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

DEFINIZIONI

<u>Contraente:</u>	CNPADC.
<u>Assistito/singolo Associato:</u>	Titolare delle prestazioni che ha diritto alla prestazione.
<u>Società aggiudicataria:</u>	La Compagnia di assicurazione aggiudicataria dell'appalto.
<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>Contributi:</u> prestazioni	Quote che gli Associati sono tenuti a versare per beneficiare delle assistenziali pattuite all'atto dell'adesione.
<u>Day Hospital:</u> in Istituto con	Prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica scheda nosologica.
<u>Difetto Fisico :</u> di suoi	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti 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> viene	Somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assistito. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non corrisposto all'Assistito l'importo garantito.

<u>Indennità sostitutiva:</u> ricovero	Importo giornaliero erogato dalla Cassa in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il 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> terapeutici.	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> autorizzato	Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente 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> di suoi	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti organi per condizioni morbose congenite.
<u>Parti:</u>	Contraente e la Società aggiudicatataria.
<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'Assistito.

1. OGGETTO DELLA PRESTAZIONE

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

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assistito 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 AVENTI DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Le prestazioni vengono erogate a favore dei dipendenti della Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Dottori Commercialisti.

La garanzia può essere estesa, dietro richiesta del dipendente e con costi a suo carico, al nucleo familiare. Tale estensione implica l'applicazione ai familiari 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 1.500,00 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, il Titolare delle prestazioni sarà liquidato delle 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'Assistito 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 20%, con il minimo non indennizzabile di euro 500,00 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'Assistito sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Titolare delle prestazioni 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'Assistito, 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
- Fistelografia
- 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 5.000,00 per nucleo familiare.

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

Il Titolare delle prestazioni sarà rimborsato delle spese per visite specialistiche (anche omeopatiche) e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

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'Assistito 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. Le prescrizioni mediche per medicinali sono rimborsabili con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

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

Ai fini del rimborso dei medicinali è necessario l'invio della seguente documentazione:

- copia delle prescrizioni mediche;
- fustelle staccate dalla confezione del farmaco o parte della confezione del farmaco da cui risultino denominazione e prezzo del farmaco;
- relativi scontrini fiscali.

Non verrà, in ogni caso previsto il rimborso per medicinali quali ad esempio viagra, pillole contro l'obesità, anticoncezionali, prodotti di dermocosmesi.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a euro 1.500,00 per nucleo familiare.

6. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

Il Titolare delle prestazioni sarà rimborsato delle spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di euro 1.000,00 per nucleo familiare. Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20%.

7. MALATTIE ONCOLOGICHE

Il Titolare delle prestazioni 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
- trigliceridi
- urea
- creatinina
- emocromo
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- VES
- esame urine

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 al 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, 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 300,00, 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

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 300,00, 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

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.

13. MODALITA' DI PAGAMENTO DEI “CONTRIBUTI DI SOLIDARIETA”

I contributi sono determinati in un'unica soluzione per i Soci Aziendali, la suddivisione per i singoli

Associati è determinata mediante accordo o regolamento aziendale.

Il versamento dei contributi alla Cassa aziendale è effettuato dal Socio Aziendale il quale ne assume la responsabilità anche per la parte di spettanza del singolo Associato.

Il contributo deve riguardare la totalità dei dipendenti oppure categorie omogenee degli stessi (es. dirigenti, quadri, impiegati, operai ecc). Il criterio di omogeneità è rispettato anche dove, all'interno della stessa categoria di dipendenti, sussistano ulteriori suddivisioni (es. impiegati di 1°, 2°, 3° livello, ecc) e indipendentemente dal numero di lavoratori rispondenti alle caratteristiche previste.

Il Contributo, calcolato sulla base delle prestazioni assistenziali richieste nonché sul numero dei beneficiari che risultino iscritti, secondo le comunicazioni fatte dai Soci all'atto dell'adesione, è dovuto entro 15 giorni dalla richiesta dello stesso, fino ad un massimo di 30 giorni. Il mancato pagamento sospende l'erogazione delle prestazioni dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello di scadenza.

Trascorsi Ulteriori 15 giorni da tale termine, la Cassa può recedere dal contratto con lettera raccomandata; fermo il diritto alla riscossione anche giudiziale del contributo scaduto antecedentemente.

L'erogazione delle prestazioni sospesa riprende a decorrere, qualora la Cassa aziendale non abbia dichiarato la risoluzione del contratto, dalle ore 24,00 del giorno di pagamento del contributo, ferme le successive scadenze stabilite.

14. INCLUSIONI/ESCLUSIONI

1) **Inclusione del nucleo familiare.** Per i dipendenti 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 dipendente entro il; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli di dipendenti neoassunti sempreché risultanti dallo stato di famiglia.

2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i dipendenti 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 e sia stato pagato il relativo contributo.

In caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione alla Cassa aziendale dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia, sempreché sia stato pagato il relativo contributo.

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

In caso di nuove assunzioni, la garanzia per il dipendente e i familiari indicati al punto 2 "Persone aventi diritto alle prestazioni", primo capoverso, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Cassa aziendale entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Cassa.

Qualora il dipendente intenda inserire l'eventuale coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli tutti risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella garanzia all'atto dell'assunzione e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Cassa dell'apposito modulo e pagamento del relativo contributo.

4) Inclusioni (Assistiti):

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 o mancata adesione

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari in garanzia vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

A- CONDIZIONI GENERALI

A-1 EFFETTO DELLE GARANZIE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00 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 00 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 00 del trentesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende efficacia dalle ore 00 del giorno di pagamento.

A-2 TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre, per i dipendenti ed i familiari del dipendente che non hanno aderito dalla data di decorrenza della polizza, dalle ore 00

- del giorno di effetto del contratto per l'erogazione delle prestazioni per gli infortuni;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto del contratto per l'erogazione delle prestazioni per le malattie pregresse conosciute;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto del contratto per l'erogazione delle prestazioni per il parto e le malattie da puerperio.

A-3 DURATA DELLE GARANZIE

Il contratto ha una durata triennale e scade alle ore 00 della data indicata sul frontespizio.

A-4 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DELLE GARANZIE

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

A-5 FORO COMPETENTE

A scelta della parte attrice, il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Cassa aziendale.

A-6 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

A-7 ALTRE GARANZIE

Il Socio Aziendale/Assistito è esonerato dal dichiarare alla Cassa aziendale l'eventuale esistenza di

altre garanzie in essere stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo del Socio Aziendale/Assistito di dare avviso in caso di evento dannoso.

A-8 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-9 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 protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. 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;

7. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
8. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
9. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
10. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
11. 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;
12. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

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 del Titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del Titolare la garanzia cessa nel medesimo momento in cui termina per il Titolare.

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

C- EVENTI DANNOSI

C-1 DENUNCIA DELL'EVENTO DANNOSO

L'Assistito o 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'Assistito 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'Assistito 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'Assistito 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'Assistito 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'Assistito 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'Associato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate

La documentazione di spesa in originale viene conservata dalla Società e inviata all'Assistito 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 a favore dei dipendenti con qualifica non dirigenziale della Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti"

Con riferimento alla gara 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 dipendente), pari ad un ribasso del _____ *(in cifre ed in lettere)* sul prezzo a base d'asta di euro di euro 1.200,00 (milleduecento /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 a favore dei dipendenti con qualifica non dirigenziale della Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti"

Con riferimento alla gara 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 dipendente), pari ad un ribasso del _____ *(in cifre ed in lettere)* sul prezzo a base d'asta di euro 1.200,00 (milleduecento /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 a favore dei dipendenti con qualifica non dirigenziale della Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti"

Con riferimento alla gara 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. *(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 gara 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 dipendente), pari ad un ribasso del _____ (in cifre ed in lettere) sul prezzo a base d'asta di euro di euro 1.200,00 (milleduecento /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

Firma dell'Impresa Mandante

Firma dell'Impresa Mandante

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