



*Autorità per le garanzie nelle comunicazioni*  
Assistenza sanitaria integrativa

---

---

GARA A PROCEDURA RISTRETTA ACCELERATA, IN AMBITO COMUNITARIO, PER L’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ASSICURATIVI, DA GESTIRE TRAMITE CASSA SANITARIA, PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE, NONCHÉ INFORTUNI PROFESSIONALI ED EXTRA PROFESSIONALI, RISERVATI AL PERSONALE DELL’AUTORITÀ PER LE GARANZIE NELLE COMUNICAZIONI.

---

**PROCEDURA DI GARA– CIG 6434825991**

*CAPITOLATO SPECIALE (SCHEMA DI CONTRATTO) ASSISTENZA N. 3 “AGGIUNTIVA”*

*COPERTURA COLLETTIVA PER L’EROGAZIONE AL PERSONALE IN SERVIZIO ED IN QUIESCENZA,  
DELL’AUTORITÀ PER LE GARANZIE NELLE COMUNICAZIONI DI RIMBORSI E CONTRIBUTI ECONOMICI PER  
PRESTAZIONI AGGIUNTIVE IN OCCASIONE DI SPESE SANITARIE PER MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO*



**ART. 1**

**ASPETTI GENERALI**

La Cassa di Assistenza (in seguito denominata Cassa) aggiudicataria singolarmente..... [ovvero l'associazione temporanea tra la Cassa di Assistenza ..... e la Compagnia di Assicurazione ..... (in seguito denominata ATI)] aggiudicataria della gara indetta dall'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni (nel seguito, per brevità, denominata "**Autorità**" o "**Amministrazione**") finalizzata alla stipula di una Convenzione concernente il servizio di copertura delle spese sanitarie in favore del personale della Autorità, sulla base di specifici accordi intervenuti tra di esse, si impegnano, sulla base del presente contratto, ad erogare al personale in forza presso l'Autorità (sia dipendenti a tempo indeterminato che a tempo determinato, personale in quiescenza, nonché altri soggetti come individuati dall'Autorità) ed ai rispettivi familiari così come meglio individuati nel successivo art. 2 (nel seguito, per brevità, anche denominati "**Assistiti**" o "**Assicurati**") indennizzi, rimborsi di spesa e contributi economici aggiuntivi rispetto a quelli garantiti in base alla copertura collettiva "**Assistenza n. 1 – Base dipendenti**" e "**Assistenza n. 2 – Base pensionati**" (di cui ai rispettivi Capitolati speciali) in occasione di spese sanitarie per i casi di malattia, infortunio e parto, secondo le norme specificate nel proseguo del presente Capitolato speciale, indipendentemente da accertamento medico.

Le garanzie previste dal presente Capitolato speciale si intendono operanti anche in riferimento a situazioni patologiche che siano manifestazione o conseguenza diretta di infortuni e malattie insorte anteriormente all'inserimento degli Assicurati/Assistiti in copertura e coprono, in caso di malattie e infortuni, le spese sostenute riportate nel presente documento.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assistito può rivolgersi, con le modalità pattuite, a:

- a) *Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Cassa;*
- b) *Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Cassa;*
- c) *Servizio Sanitario Nazionale.*

Le modalità di attivazione delle opzioni di cui alle precedenti lettere a), b) e c), sono specificate nelle norme successive che descrivono le singole garanzie/prestazioni.

Tali prestazioni verranno rese per il tramite della Cassa, iscritta all'Anagrafe dei Fondi Integrativi Sanitari di cui al Decreto del Ministro del Lavoro del 27 ottobre 2009, idonea ad assumere la contraenza del programma di rimborso.

La durata del servizio è di 36 (trentasei) mesi, con possibilità di recesso da ambo le parti dopo il primo biennio mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte, e anticipata a mezzo telefax, almeno 180 giorni prima di tale scadenza - fermo che non è consentito alla Cassa inviare disdetta e/o recesso limitati a una o alcune delle garanzie previste.

Ai sensi dell'art. 57, comma 5, lett. b) del D. Lgs. 12 aprile 2006, n. 163 e s.m.i. (nel seguito, per brevità, denominato "**Codice dei contratti**"), nel corso dell'ultimo anno di validità contrattuale (2018), l'Autorità potrà richiedere la continuazione del servizio stesso per ulteriori 24 (ventiquattro) mesi. In tal caso si terrà conto delle condizioni tecniche ed economiche contenute nel contratto in scadenza, nonché delle eventuali migliori condizioni che l'Autorità intenderà richiedere alla Cassa.

È facoltà e libera scelta dell'Assistito ottenere le prestazioni mediche coperte dal presente contratto secondo le modalità dell'Assistenza Diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista.



**Autorità per le garanzie nelle comunicazioni**  
Assistenza sanitaria integrativa

---

Per malattia ed infortunio di intendono, rispettivamente: “ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio” e “ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili”.

**ART. 2**

**ASSISTITI ED OPERATIVITÀ DELLA COPERTURA**

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo art. 4, è prestata a favore degli Assistiti già inseriti nell'“Assistenza n. 1 – Base Dipendenti” o nell' “Assistenza n. 2 – Base Pensionati”; l'inserimento di uno degli Assistiti comporta l'obbligatoria inclusione di tutti gli altri soggetti assistibili inseriti nelle Assistenze 1 o 2.

Per i familiari assistibili, che non sono inseriti nelle Assistenze 1 o 2 in quanto fruiscono di “analoga assistenza” come definita nei relativi capitolati, l'inclusione è facoltativa.

Al superamento del 75° anno di età è fatto obbligo della compilazione di un questionario anamnestico. Il diritto alle prestazioni, ovvero il mantenimento delle stesse, è subordinato all'accettazione da parte della Cassa che avverrà a mezzo di comunicazione scritta. Ove venissero successivamente accertate omissioni o dichiarazioni non veritiere, queste renderebbero inattivabile il ricorso alle prestazioni della Cassa e comporterebbero l'esclusione da ogni diritto al rimborso dei contributi nel frattempo versati.

**L'Assistenza è operante:**

- ***ad integrazione delle Assistenze “n. 1 – Base Dipendenti” e “n. 2 – Base Pensionati”;***
- ***senza limitazioni territoriali, in quanto vale per il mondo intero.***

La copertura opera anche per gli Assistiti già aderenti alla previgente polizza collettiva che abbiano già fruito di prestazioni relative a situazioni patologiche insorte in vigenza della precedente assicurazione sanitaria.

**ART. 3**

**LIMITI DI ASSISTENZA**

I contributi economici di cui all'art. 1 sono erogati, per le prestazioni di cui al presente contratto, fino alla concorrenza della complessiva somma annua di euro 150.000,00 (centocinquantamila/00), fermo quanto previsto al successivo art. 4, ove per limite di assistenza per nucleo familiare assistito si intende la disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assistito per uno o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale.

Nel caso di inserimento in assistenza in corso d'anno, i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

**ART. 4**

**PRESTAZIONI**

In aggiunta, a integrazione o a miglioramento delle prestazioni garantite dalla “Assistenza n. 1 – Base Dipendenti” e dalla “Assistenza n. 2 – Base Pensionati” la presente copertura prevede le seguenti prestazioni:

**4.1 Elevazione dei limiti di assistenza**

I limiti generali di Assistenza previsti all'art. 3 della “Assistenza n. 1 - Base Dipendenti” e dalla “Assistenza n. 2 – Base Pensionati” vengono elevati di euro 150.000,00 (centocinquantamila/00), fermo restando quanto previsto all'art. 4 di ogni singolo Capitolato riferito alle citate Assistenze.



#### **4.2 Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti o case di cura**

- a) parto cesareo: incremento a euro 7.000,00 (settemila/00) del massimale;
- b) parto naturale: incremento a euro 4.000,00 (quattromila/00) del massimale;
- c) interventi oculistici: per gli interventi oculistici previsti nell'Assistenza base, elevazione del limite di rimborso fino ad euro 1.000,00 (mille/00) per occhio, con un massimale di euro 2.000,00 (duemila/00) per anno/nucleo;
- d) nei casi di ricovero per il quale tutte le spese relative al periodo di ricovero sono state a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, erogazione di un'indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) pari a euro 100,00 (cento/00) con un massimo di 90 giorni per anno/nucleo;
- e) nei casi in cui successivamente ad un ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale vengono prescritti dal medico curante giorni di convalescenza, erogazione di un'indennità pari a euro 30,00 (trenta/00) giornalieri fino ad un massimo di 15 giorni anno/nucleo;
- f) vitto e pernottamento in istituto di Cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'assistito rimborso entro il limite giornaliero di euro 100,00 (cento/00) e con un massimo di 30 giorni anno/nucleo;
- g) compensi a squadre di soccorso per trasporto all'istituto di Cura con qualsiasi mezzo idoneo, immediatamente e strettamente necessario, rimborso entro il limite massimo di euro 520,00 (cinquecentoventi/00) anno/nucleo per il trasporto in Italia, e di euro 1.035,00 (milletrentacinque/00) anno/nucleo per il trasporto avvenuto all'estero;
- h) trasporto all'estero e ritorno in caso di intervento per l'assistito ed un eventuale accompagnatore rimborso entro il limite massimo di euro 2.000,00 (duemila/00) per evento;

Le prestazioni di cui ai precedenti punti f), g) ed h) vengono accordate con uno scoperto per ogni richiesta di rimborso del 20% con il minimo di euro 50,00.

#### **4.3 Prestazioni extraospedaliere e/o ambulatoriali**

**Incremento a euro 8.000,00 (ottomila/00) del massimale.**

#### **4.4 Protesi ortopediche, acustiche ed oculari - ausili per la mobilità personale**

- a) Incremento a euro 2.500,00 (duemilacinquecento/00) del massimale previsto per le spese per l'acquisto e/o riparazioni di protesi ortopediche ed acustiche;
- b) Incremento a euro 1.000,00 (mille/00) del massimale previsto per le spese per l'acquisto e/o riparazioni di protesi oculari;
- c) Incremento alla misura minima annua del 60% del massimale previsto per l'acquisto di ausili per la mobilità personale.

#### **4.5 Cure oncologiche**

**Incremento a euro 16.000,00 (sedicimila/00) del massimale.**

#### **4.6 Indennità per malattia grave**

Erogazione di un'indennità una tantum pari a euro 2.500,00 (duemilacinquecento/00), in caso di accadimento, in corso di assistenza, di uno dei gravi eventi definiti al successivo punto "Definizione di malattia grave".

Tale indennità verrà erogata solo qualora l'insorgenza della malattia, comprovata da certificazione medica e cartella clinica, sia successiva alla decorrenza del presente contratto (o comunque



successiva alla data di inserimento in assistenza dell'assistito) e solo in caso di permanenza in vita dell'assistito alla data della richiesta di rimborso. L'erogazione dell'indennità avverrà una sola volta per ciascuna degli eventi di seguito elencati.

#### *4.6.1 Definizione di malattia grave*

Sono considerati rimborsabili i casi ascrivibili alle seguenti Malattie Gravi:

- Infarto miocardio acuto: Coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronario che provochi ricovero in unità coronaria di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: a) dolore precordiale; b) alterazione tipiche all'ECG; c) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche;
- Chirurgia cardiovascolare: procedure di *by-pass* aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna): interventi di applicazione di valvola protesica meccanica o biologica;
- Ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto) emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio presente anche alla data di richiesta di indennizzo;
- Tumore: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altre certificazione ospedaliera; limitatamente alla sola garanzia in oggetto vengono esclusi i carcinomi in situ (intendendosi per tali i carcinomi che si sviluppino solo localmente con prognosi favorevole, senza tendenza a metastatizzare, aggredibili con le più semplici tecniche chirurgiche) ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno;
- Insufficienza renale: malattia renale irreversibile in dialisi cronica;
- Trapianto d'organo: malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: fegato, cuore, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione rilasciata dai centri medici autorizzati al trapianto che attesti la necessità dell'intervento e l'inserimento del soggetto in lista di attesa.