

ASDEP

Programma assicurativo per i Dipendenti di INPS, INAIL, INPDAP e ACI
Coperture Premorienza, Long Term Care e Rimborso Spese Ospedaliere

Informazioni statistiche

- A. Dati demografici:
 - A.1. Distribuzione per età e sesso dei dipendenti assicurandi;
 - A.2. Composizione media dei nuclei familiari
 - B. Andamento sinistri relativo al programma in corso (periodo di osservazione: 01.08.2006 – 01.08.2009);
 - C. Elenco degli Enti attualmente aderenti al precedente programma assicurativo e relative numerosità
-

Note:

1. Le informazioni sulla sinistralità del programma in corso riportate nel presente documento sono state fornite dalla Società REALE MUTUA ASSICURAZIONI.
2. Gli andamenti riguardano il programma assicurativo (Premorienza e Rimborso Spese Sanitarie) gestito transitoriamente da ASDEP, ma sottoscritto dalla disciolta ASSIDEP, le cui condizioni sono riportate all'allegato numero 1, così come prorogato alle condizioni allegate a parte;
3. Si segnala che i volumi complessivi di sinistri e premi che compaiono nella sezione B del presente documento sono riferiti ad un universo di assicurandi più esteso di quello che costituisce base per la presente gara. In coerenza con le disposizioni statutarie di ASDEP si esplicita che la copertura offerta per il complesso dei dipendenti dei quattro Enti indicati dovrà essere estesa alle medesime condizioni ai dipendenti di altri Enti che, effettuata richiesta di ammissione ad ASDEP, risultassero da ASDEP accolti nel programma. La base di adesione sarà comunque estesa a condizione che riguardi l'intera collettività dei dipendenti degli Enti che ne faranno richiesta.

Sezione A. Dati demografici

A.1. Distribuzione per età e sesso dei dipendenti assicurandi

Ente	INPS			INAIL			ACI			INPDAP			Totale generale	
	Età	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine		Totale
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	1	2	3	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4
24	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2
25	0	0	0	0	0	0	4	0	4	1	0	1	1	5
26	2	2	4	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	6
27	0	4	4	1	2	3	2	1	3	1	1	2	2	12
28	10	18	28	2	10	12	5	4	9	0	1	1	1	50
29	8	31	39	4	8	12	3	5	8	0	2	2	2	61
30	12	32	44	6	15	21	4	1	5	5	10	15	15	85
31	25	35	60	7	19	26	3	7	10	8	5	13	13	109
32	17	62	79	23	31	54	2	6	8	6	22	28	28	169
33	42	67	109	21	64	85	11	5	16	8	14	22	22	232
34	49	94	143	39	82	121	3	14	17	10	26	36	36	317
35	52	94	146	57	139	196	5	16	21	26	19	45	45	408
36	90	151	241	60	191	251	11	16	27	19	40	59	59	578
37	95	206	301	86	199	285	17	27	44	20	39	59	59	689
38	128	234	362	76	192	268	23	44	67	34	51	85	85	782
39	147	299	446	88	228	316	32	61	93	46	70	116	116	971
40	170	343	513	103	247	350	33	86	119	53	76	129	129	1111
41	218	364	582	120	227	347	53	82	135	46	80	126	126	1190
42	260	468	728	99	180	279	64	102	166	86	134	220	220	1393
43	299	446	745	124	193	317	59	98	157	82	153	235	235	1454
44	313	525	838	105	185	290	55	135	190	101	172	273	273	1591

A.1. Distribuzione per età e sesso dei dipendenti assicurandi (segue da pagina precedente)

Ente	INPS			INAIL			ACI			INPDAP			Totale generale
Età	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	
45	374	548	922	103	177	280	62	141	203	113	145	258	1663
46	393	573	966	136	210	346	65	126	191	118	171	289	1792
47	402	517	919	157	253	410	64	130	194	129	179	308	1831
48	406	629	1035	181	208	389	54	93	147	142	177	319	1890
49	463	683	1146	172	247	419	68	90	158	141	162	303	2026
50	573	962	1535	170	290	460	59	103	162	144	184	328	2485
51	666	1012	1678	174	287	461	66	102	168	118	167	285	2592
52	650	880	1530	167	246	413	43	68	111	90	152	242	2296
53	703	839	1542	157	265	422	48	70	118	118	128	246	2328
54	760	808	1568	170	254	424	39	49	88	117	136	253	2333
55	666	824	1490	183	274	457	53	59	112	125	152	277	2336
56	661	856	1517	185	257	442	50	52	102	115	116	231	2292
57	719	867	1586	190	215	405	53	60	113	120	121	241	2345
58	624	743	1367	150	187	337	37	51	88	110	124	234	2026
59	518	566	1084	165	161	326	40	46	86	88	114	202	1698
60	390	299	689	127	93	220	35	44	79	83	89	172	1160
61	317	178	495	119	63	182	36	28	64	57	47	104	845
62	261	140	401	122	50	172	36	27	63	47	25	72	708
63	247	111	358	111	53	164	17	8	25	32	27	59	606
64	161	69	230	110	37	147	14	6	20	36	16	52	449
65	118	46	164	66	12	78	18	6	24	22	14	36	302
66	80	19	99	37	15	52	16	8	24	14	8	22	197
67	43	19	62	40	11	51	15	3	18	8	9	17	148
68	0	0	0	8	0	8	11	4	15	0	0	0	23
69	0	0	0	7	1	8	13	4	17	0	0	0	25
70	0	0	0	8	2	10	9	3	12	1	0	1	23
Totale	12.135	15.665	27.800	4.237	6.080	10.317	1.410	2.091	3.501	2.643	3.378	6.021	47.639

A.2. Composizione media dei nuclei familiari

Descrizione	INPS	INAIL	ACI	INPDAP	Totale/media generale
Numero nuclei familiari	27800	10317	3501	6021	47639
Numero nuclei con familiari a carico	17070	10201	3159	4201	34631
Numerosità media	1,92	1,90	2,07	1,72	1,90
Età media dei carichi familiari	20,3	16,59	33,50	21,67	20,58

B. Andamento sinistri relativo al programma in corso – Indice della tavole

B.1. Periodo 01.08.2006 – 01.08.2009 (con dati parziali proroga fino al 31.12.2009)

Tavola B.1.1. Dati generali (Premorienza e RSMO)	Pag. 6
Tavola B.1.2. Sinistri Premorienza	Pag. 7
Tavola B.1.3. Sinistri RSMO per struttura utilizzata	Pag. 8
Tavola B.1.4. Sinistri RSMO per evento	Pag. 9
Tavola B.1.5. Sinistri RSMO per evento e fascia d'età	Pag. 10
Tavola B.1.6. Sinistri RSMO per evento e importi	Pag. 11
Tavola B.1.7. Sinistri RSMO per evento e indennizzo (01.08.2006 – 31.07.2007)	Pag. 12
Tavola B.1.8. Sinistri RSMO per evento e indennizzo (01.08.2007 – 31.07.2008)	Pag. 13
Tavola B.1.9. Sinistri RSMO per evento e indennizzo (01.08.2008 – 31.07.2009)	Pag. 14
Tavola B.1.10. Sinistri RSMO – Dettagli diaria sostitutiva (01.08.2006 – 31.07.2007)	Pag. 15
Tavola B.1.11. Sinistri RSMO – Dettagli diaria sostitutiva (01.08.2007 – 31.07.2008)	Pag. 16
Tavola B.1.12. Sinistri RSMO – Dettagli diaria sostitutiva (01.08.2008 – 31.07.2009)	Pag. 17
Tavola B.1.13. Sinistri RSMO e Premorienza – Dati parziali proroga (01.08.2009 – 31.12.2009)	Pag. 18

B.1. Periodo 01.08.2006 – 01.08.2009: *Tavola B.1.1. Dati generali (Premorienza e RSMO)*

Periodo di osservazione	GARANZIA			
	PREMORIENZA		RICOVERI ED INTERVENTI	
	Totale Sx (N)	Tot. Richiesto	Totale Sx (N)	Tot. Richiesto
01.08.2006 - 01.08.2007	102	3.687.502	16.455	12.023.055
01.08.2007 - 01.08.2008	99	3.579.950	17.097	12.247.932
01.08.2008 - 01.08.2009	117	4.211.705	16.678	12.576.996

B.1. Periodo 01.08.2006 – 01.08.2009: *Tavola B.1.2. Sinistri premorienza*

GARANZIA PREMORIENZA - Distribuzione per età e per sesso											
Periodo di osservazione	Fascia	F	M	Periodo di osservazione	Fascia	F	M	Periodo di osservazione	Fascia	F	M
01.08.2006 - 01.08.2007	31-40	3	-	01.08.2007 - 01.08.2008	31-40	2	1	01.08.2008 - 01.08.2009	21-30	1	-
	41-45	1	6		41-45	-	5		31-40	1	5
	46-50	7	3		46-50	8	7		41-45	1	2
	51-55	8	10		51-55	11	7		46-50	12	7
	56-60	13	23		56-60	11	18		51-55	9	12
	>61	6	22		>61	8	21		56-60	12	18
	Totale	38	64		Totale	40	59		>61	6	31
Totale generale	102		Totale generale	99		Totale	42	75			
							Totale generale	117			

B.1. Periodo 01.08.2006 – 01.08.2009: *Tavola B.1.3. Sinistri RSMO per struttura utilizzata*

	Tipo struttura	Totale sx	% riparto sx	Tot Richiesto	Nr sx chiusi	Liquidato su chiusi	Franchigie e/o scoperti su chiusi	Nr sx aperti	Riservato su aperti	Nr sx senza seguito	Importo s/s	Costo Medio su Chiusi e Aperti
Periodo di osservazione: 01.08.2006 - 31.07.2007	OSPEDALE PUBBLICO ACCREDITATO	7.323	44,5	3.655.209,92	6.980	3.515.921,70	187.279,96	15	17.365,33	328	111.958,42	505,12
	CASA DI CURA ACCREDITA	2.368	14,4	1.294.169,61	2.292	1.224.425,03	97.078,34	14	21.754,56	62	35.444,97	540,41
	POLIAMBULATORIO DIAGNOSTICO E FISIOTERAPICO PRIVATO	2.090	12,7	334.884,14	1.974	283.284,53	86.880,87	16	5.622,45	100	37.668,74	145,18
	CASA DI CURA PRIVATA	1.526	9,3	4.631.443,50	1.366	4.463.835,03	698.528,01	33	66.950,99	127	91.433,19	3.238,59
	MEDICO SPECIALISTA	1.131	6,9	212.598,32	1.002	155.370,60	49.383,43	10	2.201,16	119	52.375,26	155,70
	INTRAMOENIA IN AZIENDA OSPEDALIERA	904	5,5	1.229.946,54	802	1.121.285,73	171.338,04	15	32.648,25	87	58.640,65	1.412,40
	POLIAMBULATORIO DIAGNOSTICO E FISIOTERAPICO ACCREDITATO	882	5,4	55.568,63	857	53.284,40	5.421,32	4	259,58	21	1.246,74	62,19
	OSPEDALE PUBBLICO DIFFERENZA DI CLASSE	137	0,8	146.871,08	131	143.884,11	49.251,78	-	-	6	2.986,97	1.098,35
	INTRAMOENIA IN STRUTTURA PRIVATA	71	0,4	455.606,12	69	443.517,93	43.981,40	2	12.670,00	-	-	6.425,18
	ALTRE STRUTTURE	23	0,1	6.757,53	13	4.450,64	414,40	-	-	10	2.306,89	342,36
TOTALE GENERALE	16.455	100,0	12.023.055,39	15.486	11.409.259,70	1.389.557,55	109	159.472,32	860	394.061,83	741,82	
Periodo di osservazione: 01.08.2007 - 31.07.2008	OSPEDALE PUBBLICO ACCREDITATO	7.315	42,8	3.463.121,18	6.945	3.359.841,15	177.971,83	-	-	370	103.269,03	483,78
	CASA DI CURA ACCREDITA	2.439	14,3	1.348.667,84	2.348	1.307.404,50	119.636,69	-	-	91	41.263,34	556,82
	POLIAMBULATORIO DIAGNOSTICO E FISIOTERAPICO PRIVATO	2.258	13,2	393.215,28	2.125	309.177,69	92.367,25	1	1.100,00	132	81.837,59	145,94
	CASA DI CURA PRIVATA	1.763	10,3	4.607.723,58	1.580	4.484.396,25	698.845,36	4	15.060,00	179	93.804,74	2.840,57
	MEDICO SPECIALISTA	1.324	7,7	266.015,48	1.172	186.794,88	58.499,46	-	-	152	79.220,60	159,38
	POLIAMBULATORIO DIAGNOSTICO E FISIOTERAPICO ACCREDITATO	919	5,4	60.960,71	886	54.476,80	11.332,46	-	-	33	6.483,91	61,49
	INTRAMOENIA IN AZIENDA OSPEDALIERA	903	5,3	1.334.616,69	813	1.291.478,04	174.956,68	1	4.831,99	89	42.806,66	1.592,52
	INTRAMOENIA IN STRUTTURA PRIVATA	83	0,5	693.460,18	81	688.815,26	73.267,84	1	6.472,21	1	670,00	8.479,12
	OSPEDALE PUBBLICO DIFFERENZA DI CLASSE	72	0,4	70.052,35	70	68.749,40	18.426,14	-	-	2	1.302,95	982,13
	ALTRE STRUTTURE	21	0,1	10.098,73	14	8.056,84	188,33	-	-	7	2.041,89	575,49
TOTALE GENERALE	17.097	100,0	12.247.932,02	16.034	11.759.190,81	1.425.492,04	7	27.464,20	1.056	452.700,71	734,78	
Periodo di osservazione: 01.08.2008 - 31.07.2009	OSPEDALE PUBBLICO ACCREDITATO	6.932	41,6	3.351.732,01	6.565	3.226.274,11	218.009,56	11	8.361,19	356	113.330,61	491,88
	CASA DI CURA ACCREDITA	2.403	14,4	1.338.550,70	2.310	1.282.737,87	86.711,35	2	3.800,00	91	48.364,83	556,46
	POLIAMBULATORIO DIAGNOSTICO E FISIOTERAPICO PRIVATO	2.286	13,7	444.827,76	2.150	341.807,21	100.839,68	7	1.221,18	129	100.791,06	159,03
	CASA DI CURA PRIVATA	1.953	11,7	5.077.317,85	1.742	4.743.627,11	734.693,89	56	173.985,59	155	182.395,57	2735,05
	MEDICO SPECIALISTA	1.234	7,4	229.313,29	1.119	165.264,80	58.513,86	5	1.773,05	110	61.013,63	148,61
	INTRAMOENIA IN AZIENDA OSPEDALIERA	909	5,5	1.072.343,28	838	1.009.369,89	167.369,02	8	24.052,47	63	20.427,45	1221,54
	POLIAMBULATORIO DIAGNOSTICO E FISIOTERAPICO ACCREDITATO	783	4,7	47.689,14	754	44.265,55	10.137,52	-	0,00	29	3.423,59	58,71
	INTRAMOENIA IN STRUTTURA PRIVATA	121	0,7	955.893,83	111	872.293,64	96.772,89	5	71.644,73	5	8.488,44	8137,40
	OSPEDALE PUBBLICO DIFFERENZA DI CLASSE	26	0,2	19.680,26	25	19.395,26	5.000,77	-	0,00	1	285,00	775,81
	ALTRE STRUTTURE	31	0,2	39.648,37	26	34.387,45	5.015,26	-	0,00	5	5.260,92	1322,59
TOTALE GENERALE	16.678	100,0	12.576.996,49	15.640	11.739.422,89	1.483.063,80	94	284.838,21	944	543.781,10	764,22	

B.1. Periodo 01.08.2006 – 01.08.2009: Tavola B.1.4. Sinistri RSMO per evento

	Tipo evento	Totale sx	% riparto sx	Tot Richiesto	Nr sx chiusi	Liquidato su chiusi	Franchigie e/o scoperti su chiusi	Nr sx aperti	Riservato su aperti	Nr sx senza seguito	Importo s/s	Costo Medio su Chiusi e Aperti
Periodo di osservazione: 01.08.2006 - 31.07.2007	TRATTAMENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	8.186	49,7	980.747,33	7.912	920.098,34	239.307,66	68	23.508,50	206	25.216,27	118,25
	RICOVERO CON INTERVENTO	3.286	20,0	6.910.833,56	3.162	6.792.054,64	751.383,65	13	63.687,61	111	69.391,93	2.159,29
	RICOVERO SENZA INTERVENTO	2.347	14,3	2.047.183,00	2.254	1.945.529,67	137.596,15	6	22.289,78	87	63.828,00	870,72
	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO	1.048	6,4	1.077.518,81	966	972.921,51	141.936,05	8	24.497,18	74	58.367,36	1.024,04
	DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO	717	4,4	507.319,52	635	433.512,32	16.908,13	10	19.288,77	72	39.830,43	702,02
	PARTO NATURALE	315	1,9	110.015,12	313	107.747,92	42.640,43	1	705,20	1	288,00	345,39
	PARTO CESAREO	249	1,5	251.744,21	244	237.395,30	59.785,48	2	5.165,28	3	-	986,02
	EVENTI NON IN GARANZIA	160	1,0	34.795,05	-	-	-	1	330,00	159	34.241,05	330,00
	INTERVENTO AMBULATORIALE	147	0,9	102.898,79	-	-	-	-	-	147	102.898,79	-
TOTALE GENERALE	16.455	100,0	12.023.055,39	15.486	11.409.259,70	1.389.557,55	109	159.472,32	860	394.061,83	741,82	
Periodo di osservazione: 01.08.2007 - 31.07.2008	TRATTAMENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	8.849	51,8	1.074.944,34	8.520	1.038.281,48	256.841,30	1	1.100,00	328	34.462,86	121,98
	RICOVERO CON INTERVENTO	3.185	18,6	7.118.601,97	3.099	7.034.265,10	761.756,83	4	20.204,20	82	61.017,17	2.273,44
	RICOVERO SENZA INTERVENTO	2.404	14,1	2.018.622,31	2.314	1.965.666,15	136.200,30	-	-	90	52.956,16	849,47
	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO	970	5,7	943.024,66	903	890.417,76	138.122,79	2	6.160,00	65	42.086,10	990,69
	DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO	738	4,3	520.578,21	646	474.518,49	27.070,13	-	-	92	46.059,72	734,55
	PARTO NATURALE	287	1,7	98.546,68	286	97.344,86	38.885,74	-	-	1	1.201,82	340,37
	PARTO CESAREO	268	1,6	257.686,78	265	257.686,78	65.993,33	-	-	3	-	972,40
	INTERVENTO AMBULATORIALE	216	1,3	175.627,38	1	1.010,19	621,62	-	-	215	174.617,19	1.010,19
	EVENTI NON IN GARANZIA	180	1,1	40.299,69	-	-	-	-	-	180	40.299,69	-
TOTALE GENERALE	17.097	100,0	12.247.932,02	16.034	11.759.190,81	1.425.492,04	7	27.464,20	1.056	452.700,71	734,78	
Periodo di osservazione: 01.08.2008 - 31.07.2009	TRATTAMENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	8758	52,5	1.100.374,23	8.412	1.045.132,81	276.685,10	51	15.714,71	295	34.766,83	125,35
	RICOVERO CON INTERVENTO	3143	18,8	7.392.530,70	3.047	7.094.259,64	741.422,90	16	204.490,79	80	114.885,35	2382,88
	RICOVERO SENZA INTERVENTO	2282	13,7	1.949.228,69	2.192	1.854.709,23	191.551,96	7	17.672,83	83	77.111,56	851,47
	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO	1036	6,2	1.068.057,45	952	971.787,29	154.294,20	12	39.148,68	72	36.600,91	1048,69
	DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO	731	4,4	561.802,07	596	496.811,59	23.272,41	6	7.026,50	129	53.163,98	836,94
	PARTO NATURALE	235	1,4	80.107,95	230	77.477,95	31.397,96	1	516,46	4	2.113,54	337,64
	PARTO CESAREO	211	1,3	199.244,38	211	199.244,38	64.439,27	0	0,00	0	0,00	944,29
	INTERVENTO AMBULATORIALE	183	1,1	209.566,69	0	0,00	0,00	0	0,00	183	209.566,69	0,00
	EVENTI NON IN GARANZIA	99	0,6	16.084,33	0	0,00	0,00	1	268,24	98	15.572,24	268,24
TOTALE GENERALE	16.678	100,0	12.576.996,49	15.640	11.739.422,89	1.483.063,80	94	284.838,21	944	543.781,10	764,22	

B.1. Periodo 01.08.2006 – 01.08.2009: Tavola B.1.5. Sinistri RSMO per evento e fascia d'età

	Tipo evento	0 - 10		11 - 20		21 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		>61		Totale		
		Sx chiusi	Tot. Liq.	Sx chiusi	Tot. Liq.	Sx chiusi	Tot. Liq.	Sx chiusi	Tot. Liq.	Sx chiusi	Tot. Liq.	Sx chiusi	Tot. Liq.	Sx chiusi	Tot. Liq.	Sx chiusi	Tot. Liq.	Costo M.
Periodo di osservazione: 01.08.2006 - 31.07.2007	Ricovero con intervento	151	134.810,03	261	380.914,14	194	365.435,20	291	515.418,59	787	1.353.164,38	1.063	2.557.155,75	415	1.485.156,55	3.162	6.792.054,64	2.148,02
	Ricovero senza intervento	362	203.121,83	213	136.311,91	153	152.726,56	203	143.296,25	382	361.406,62	720	670.243,86	221	278.422,64	2.254	1.945.529,67	863,15
	Day Hospital con intervento	47	25.667,81	71	57.613,52	56	88.037,86	129	162.713,90	275	293.928,09	296	220.506,28	92	124.454,05	966	972.921,51	1.007,17
	Day Hospital senza intervento	46	13.824,00	46	23.030,20	26	19.888,71	52	22.092,16	146	105.347,60	252	188.422,20	67	60.907,45	635	433.512,32	682,70
	Parto naturale			2	804,46	16	5.700,26	264	90.688,18	31	10.555,02							
	Alta specializz.	191	12.295,00	534	39.825,81	464	38.558,92	1.136	175.974,37	2.743	305.651,50	2.348	273.136,06	496	74.656,68	7.912	920.098,34	116,29
	Parto cesareo			1	1.456,12	12	9.769,99	193	187.469,56	36	33.535,07	2	5.164,56					
	Totale generale	797	389.718,67	1.128	639.956,16	921	680.117,50	2.268	1.297.653,01	4.400	2.463.588,28	4.681	3.914.628,71	1.291	2.023.597,37	14.929	11.064.116,48	741,12
	Costo medio		488,98		567,34		738,46		572,16		559,91		836,28		1.567,47			741,12
Periodo di osservazione: 01.08.2007 - 31.07.2008	Ricovero con intervento	130	103.872,00	246	342.697,35	201	390.143,39	270	530.098,00	785	1.673.912,48	1.104	2.807.366,23	363	1.186.175,65	3.099	7.034.265,10	2.269,85
	Ricovero senza intervento	379	199.266,08	204	122.382,69	140	141.020,02	215	166.276,60	409	357.182,61	737	727.513,57	230	252.024,58	2.314	1.965.666,15	849,47
	Day Hospital con intervento	34	16.484,20	59	44.708,78	43	58.627,97	121	127.125,45	266	257.468,29	293	269.610,03	87	116.393,04	903	890.417,76	986,07
	Day Hospital senza intervento	52	15.831,80	55	25.632,00	24	12.038,60	52	40.124,20	145	116.918,63	239	203.827,51	79	60.145,75	646	474.518,49	734,55
	Intervento ambulatoriale							1	1.010,19							1	1.010,19	1.010,19
	Parto naturale			3	1.092,46	17	5.700,46	227	77.313,64	39	13.238,30					286	97.344,86	340,37
	Alta specializz.	226	13.513,75	587	45.836,13	464	44.258,04	1.107	170.819,71	3.051	349.483,17	2.551	318.661,84	534	95.708,84	8.520	1.038.281,48	121,86
	Parto cesareo	1	384,00	2	1.632,00	11	10.121,11	200	191.397,27	50	53.531,17	1	621,23			265	257.686,78	972,40
	Totale generale	822	349.351,83	1.156	583.981,41	900	661.909,59	2.193	1.304.165,06	4.745	2.821.734,65	4.925	4.327.600,41	1.293	1.710.447,86	16.034	11.759.190,81	733,39
	Costo medio		425,00		505,17		735,46		594,69		594,68		878,70		1.322,85			733,39
Periodo di osservazione: 01.08.2008 - 31.07.2009	Ricovero con intervento	142	167.487,07	257	387.204,77	167	365.643,90	240	485.966,08	753	1.493.742,31	1.122	2.759.594,96	366	1.434.620,55	3.047	7.094.259,64	2.328,28
	Ricovero senza intervento	353	194.208,00	197	115.572,26	122	105.248,33	180	170.525,52	372	290.262,79	704	701.019,33	264	277.873,00	2.192	1.854.709,23	846,13
	Day Hospital con intervento	43	25.984,76	78	49.588,77	57	71.901,25	123	156.364,44	257	305.634,29	309	259.059,35	85	103.254,43	952	971.787,29	1.020,78
	Day Hospital senza intervento	46	13.719,8	44	25.997,2	18	20.680	38	20.928	141	112.840,21	245	225.585,57	64	77.060,81	596	496.811,59	833,58
	Parto naturale					12	3.072	181	62.021,95	37	12.384					230	77.477,95	336,86
	Alta specializz.	173	10.049,63	521	40.253,36	459	44.999,82	1050	167.951,55	2914	354.573,54	2.665	333.647,85	630	93.657,06	8.412	1.045.132,81	124,24
	Parto cesareo					7	5.766,38	155	151.193,85	48	39.914,21			1	2.369,94	211	199.244,38	944,29
	Totale generale	757	411.449,26	1.097	618.616,36	842	617.311,68	1.967	1.214.951,39	4.522	2.609.351,35	5.045	4.278.907,06	1.410	1.988.835,79	15.640	11.739.422,89	750,60
	Costo medio		543,53		563,9		733,15		617,67		577,03		848,15		1.410,52			750,60

B.1. Periodo 01.08.2006 – 01.08.2009: *Tavola B.1.6. Sinistri RSMO per evento e importi*

		Classe di importi						
Tipo evento		0,00 - 500,00	500,00 - 2.500,00	2.500,00 - 5.000,00	5.000,00 - 10.000,00	10.000,00 - 25.000,00	>25.000,00	Totale
Periodo di osservazione: 01.08.2006 - 31.07.2007	RICOVERO CON INTERVENTO	1.415	1.172	202	213	130	30	3.162
	RICOVERO SENZA INTERVENTO	1.206	914	94	31	7	2	2.254
	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO	662	161	107	33	3		966
	DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO	425	172	33	5			635
	PARTO NATURALE	262	51					313
	TRATTAMENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	7.663	245	4				7.912
	PARTO CESAREO	78	145	20	1			244
	TOTALE GENERALE	11.711	2.860	460	283	140	32	15.486
	Frequenza	75,62	18,47	2,97	1,83	0,90	0,21	
Periodo di osservazione: 01.08.2006 - 31.07.2008	RICOVERO CON INTERVENTO	1.411	1.100	194	203	166	25	3.099
	RICOVERO SENZA INTERVENTO	1.237	935	104	32	6		2.314
	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO	635	140	90	33	5		903
	DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO	437	160	39	9	1		646
	INTERVENTO AMBULATORIALE		1					1
	PARTO NATURALE	245	41					286
	TRATTAMENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	8.235	278	6	1			8.520
	PARTO CESAREO	85	160	18	1	1		265
	TOTALE GENERALE	12.285	2.815	451	279	179	25	16.034
Frequenza	76,62	17,56	2,81	1,74	1,12	0,16		
Periodo di osservazione: 01.08.2008 - 31.07.2009	RICOVERO CON INTERVENTO	1.379	1.118	170	179	168	33	3.047
	RICOVERO SENZA INTERVENTO	1.210	846	100	31	4	1	2.192
	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO	660	145	106	38			952
	DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO	351	205	31	8	1		596
	PARTO NATURALE	204	26					230
	TRATTAMENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	8.166	240	5		1		8.412
	PARTO CESAREO	63	132	16				211
	TOTALE GENERALE	12.033	2.712	428	256	177	34	15.640
	Frequenza	76,94	17,34	2,74	1,64	1,13	0,22	

B.1. Periodo 01.08.2006 – 01.08.2007: Tavola B.1.7. Sinistri RSMO per evento e per tipo di indennizzo

	Tipo evento	Tipo indennizzo	Totale sx	% tipo indennizzo	Tot Richiesto	Nr sx chiusi	Liquidato su chiusi
Periodo di osservazione: 01.08.2006 - 31.07.2007	RICOVERO CON INTERVENTO	INDIRETTA	3.009	91,57	4.577.298,46	2.923	4.497.011,28
	RICOVERO CON INTERVENTO	DIRETTA	277	8,43	2.333.535,10	239	2.295.043,36
	Totale		3.286	100,00	6.910.833,56	3.162	6.792.054,64
	RICOVERO SENZA INTERVENTO	INDIRETTA	2.307	98,30	1.886.086,73	2.221	1.814.435,63
	RICOVERO SENZA INTERVENTO	DIRETTA	40	1,70	161.096,27	33	131.094,04
	Totale		2.347	100,00	2.047.183,00	2.254	1.945.529,67
	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO	INDIRETTA	932	88,93	683.467,00	859	620.086,00
	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO	DIRETTA	115	10,97	390.120,03	106	348.903,73
	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO	MISTA	1	0,10	3.931,78	1	3.931,78
	Totale		1.048	100,00	1.077.518,81	966	972.921,51
	DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO	INDIRETTA	695	96,93	487.967,71	617	415.062,39
	DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO	DIRETTA	22	3,07	19.351,81	18	18.449,93
	Totale		717	100,00	507.319,52	635	433.512,32
	INTERVENTO AMBULATORIALE	INDIRETTA	147	100,00	102.898,79	-	-
	Totale		147	100,00	102.898,79	-	-
	PARTO NATURALE	INDIRETTA	311	98,73	107.949,29	309	105.682,09
	PARTO NATURALE	DIRETTA	4	1,27	2.065,83	4	2.065,83
	Totale		315	100,00	110.015,12	313	107.747,92
	TRATTAMENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	INDIRETTA	7.803	95,32	887.283,79	7.558	835.701,78
	TRATTAMENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	DIRETTA	383	4,68	93.463,54	354	84.396,56
	Totale		8.186	100,00	980.747,33	7.912	920.098,34
	PARTO CESAREO	INDIRETTA	246	98,80	235.174,95	243	235.174,95
	PARTO CESAREO	DIRETTA	3	1,20	16.569,26	1	2.220,35
	Totale		249	100,00	251.744,21	244	237.395,30
	EVENTI NON IN GARANZIA	INDIRETTA	160	100,00	34.795,05	-	-
	Totale		160	100,00	34.795,05	-	-
	Totale generale		16.455	-	12.023.055,39	15.486	11.409.259,70

B.1. Periodo 01.08.2007 – 01.08.2008: *Tavola B.1.8. Sinistri RSMO per evento e per tipo di indennizzo*

	Tipo evento	Tipo indennizzo	Totale sx	% tipo indennizzo	Tot Richiesto	Nr sx chiusi	Liquidato su chiusi
Periodo di osservazione: 01.08.2007 - 31.07.2008	RICOVERO CON INTERVENTO	INDIRETTA	2.887	90,6	4.448.730,64	2.819	4.387.702,47
	RICOVERO CON INTERVENTO	DIRETTA	296	9,3	2.627.751,01	278	2.604.442,31
	RICOVERO CON INTERVENTO	MISTA	2	0,1	42.120,32	2	42.120,32
	Totale		3.185	100,0	7.118.601,97	3.099	7.034.265,10
	RICOVERO SENZA INTERVENTO	INDIRETTA	2.368	98,5	1.917.959,38	2.282	1.865.003,22
	RICOVERO SENZA INTERVENTO	DIRETTA	36	1,5	100.662,93	32	100.662,93
	Totale		2.404	100,0	2.018.622,31	2.314	1.965.666,15
	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO	INDIRETTA	871	89,8	590.334,62	816	548.248,52
	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO	DIRETTA	99	10,2	352.690,04	87	342.169,24
	Totale		970	100,00	943.024,66	903	890.417,76
	DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO	INDIRETTA	719	97,4	504.342,53	631	459.018,05
	DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO	DIRETTA	19	2,6	16.235,68	15	15.500,44
	Totale		738	100,0	520.578,21	646	474.518,49
	INTERVENTO AMBULATORIALE	INDIRETTA	216	100,0	175.627,38	1	1.010,19
	Totale		216	100,0	175.627,38	1	1.010,19
	PARTO NATURALE	INDIRETTA	285	99,3	96.857,49	285	96.857,49
	PARTO NATURALE	DIRETTA	2	0,7	1.689,19	1	487,37
	Totale		287	100	98.546,68	286	97.344,86
	TRATTAMENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	INDIRETTA	8.266	93,4	953.436,52	7.993	918.492,28
	TRATTAMENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	DIRETTA	583	6,6	121.507,82	527	119.789,20
	Totale		8.849	100,0	1.074.944,34	8.520	1.038.281,48
	PARTO CESAREO	INDIRETTA	262	97,8	247.490,75	259	247.490,75
	PARTO CESAREO	DIRETTA	6	2,2	10.196,03	6	10.196,03
	Totale		268	100,0	257.686,78	265	257.686,78
EVENTI NON IN GARANZIA	INDIRETTA	180	100	40.299,69	-	-	
Totale		180	100	40.299,69	-	-	
Totale generale		17.097	-	12.247.932,02	16.034	11.759.190,81	

B.1. Periodo 01.08.2008 – 01.08.2009: *Tavola B.1.9. Sinistri RSMO per evento e per tipo di indennizzo*

	Tipo evento	Tipo indennizzo	Totale sx	% tipo indennizzo	Tot Richiesto	Nr sx chiusi	Liquidato su chiusi
Periodo di osservazione: 01.08.2008 - 31.07.2009	RICOVERO CON INTERVENTO	INDIRETTA	2.842	90,42	4.440.132,46	2.782	4.325.247,11
	RICOVERO CON INTERVENTO	DIRETTA	301	9,58	2.952.398,24	265	2.769.012,53
	RICOVERO CON INTERVENTO	MISTA	-	-			
	Totale		3.143	100,00	7.392.530,70	3.047	7.094.259,64
	RICOVERO SENZA INTERVENTO	INDIRETTA	2.230	97,72	1.790.873,57	2.151	1.707.499,18
	RICOVERO SENZA INTERVENTO	DIRETTA	52	2,28	158.355,12	41	147.210,05
	Totale		2.282	100,00	1.949.228,69	2.192	1.854.709,23
	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO	INDIRETTA	948	91,51	741.153,04	877	694.155,00
	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO	DIRETTA	88	8,49	326.904,41	75	277.632,29
	Totale		1.036	100,00	1.068.057,45	952	971.787,29
	DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO	INDIRETTA	718	98,22	530.599,09	584	465.608,61
	DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO	DIRETTA	13	1,78	31.202,98	12	31.202,98
	Totale		731	100,00	561.802,07	596	496.811,59
	INTERVENTO AMBULATORIALE	INDIRETTA	183	100,00	209.566,69	-	-
	Totale		183	100,00	209.566,69	-	-
	PARTO NATURALE	INDIRETTA	234	99,57	79.591,49	230	77.477,95
	PARTO NATURALE	DIRETTA	1	0,43	516,46	-	-
	Totale		235	100,00	80.107,95	230	77.477,95
	TRATTAMENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	INDIRETTA	8.053	91,95	948.090,84	7.773	904.658,25
	TRATTAMENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	DIRETTA	705	8,05	152.283,39	639	140.474,56
	Totale		8.758	100,00	1.100.374,23	8.412	1.045.132,81
	PARTO CESAREO	INDIRETTA	206	97,63	189.283,75	206	189.283,75
	PARTO CESAREO	DIRETTA	5	2,37	9.960,63	5	9.960,63
	Totale		211	100,00	199.244,38	211	199.244,38
	EVENTI NON IN GARANZIA	INDIRETTA	99	100,00	16.084,33	-	-
	Totale		99	100,00	16.084,33	-	-
	Totale generale		16.678	-	12.576.996,49	15.640	11.739.422,89

B.1. Periodo 01.08.2006 – 01.08.2007: *Tavola B.1.10. Sinistri RSMO – Dettagli diaria sostitutiva*

Periodo di osservazione: 01.08.2006 - 31.07.2007														
Giorni di diaria	Importo Diaria giornaliero	Costo sinistro	Numero sinistri con seguito	Costo totale sinistri	Giorni di diaria	Importo Diaria giornaliero	Costo sinistro	Numero sinistri con seguito	Costo totale sinistri	Giorni di diaria	Importo Diaria giornaliero	Costo sinistro	Numero sinistri con seguito	Costo totale sinistri
1	96,00	96,00	705	67.680,00	38	96,00	3.648,00	2	7.296,00	89	96,00	8.544,00	1	8.544,00
2	96,00	192,00	739	141.888,00	39	96,00	3.744,00	2	7.488,00	90	96,00	8.640,00	2	17.280,00
3	96,00	288,00	670	192.960,00	40	96,00	3.840,00	3	11.520,00	99	96,00	9.504,00	1	9.504,00
4	96,00	384,00	504	193.536,00	41	96,00	3.936,00	3	11.808,00	121	96,00	11.616,00	1	11.616,00
5	96,00	480,00	313	150.240,00	42	96,00	4.032,00	4	16.128,00	132	96,00	12.672,00	1	12.672,00
6	96,00	576,00	222	127.872,00	43	96,00	4.128,00	2	8.256,00	133	96,00	12.768,00	1	12.768,00
7	96,00	672,00	204	137.088,00	44	96,00	4.224,00	5	21.120,00	136	96,00	13.056,00	1	13.056,00
8	96,00	768,00	160	122.880,00	45	96,00	4.320,00	3	12.960,00	137	96,00	13.152,00	1	13.152,00
9	96,00	864,00	110	95.040,00	46	96,00	4.416,00	3	13.248,00	139	96,00	13.344,00	1	13.344,00
10	96,00	960,00	86	82.560,00	47	96,00	4.512,00	1	4.512,00	Totale			4.372	2.444.448,00
11	96,00	1.056,00	86	90.816,00	48	96,00	4.608,00	2	9.216,00					
12	96,00	1.152,00	76	87.552,00	49	96,00	4.704,00	2	9.408,00					
13	96,00	1.248,00	68	84.864,00	50	96,00	4.800,00	2	9.600,00					
14	96,00	1.344,00	65	87.360,00	51	96,00	4.896,00	3	14.688,00					
15	96,00	1.440,00	37	53.280,00	52	96,00	4.992,00	3	14.976,00					
16	96,00	1.536,00	28	43.008,00	53	96,00	5.088,00	2	10.176,00					
17	96,00	1.632,00	30	48.960,00	54	96,00	5.184,00	3	15.552,00					
18	96,00	1.728,00	26	44.928,00	55	96,00	5.280,00	1	5.280,00					
19	96,00	1.824,00	29	52.896,00	56	96,00	5.376,00	4	21.504,00					
20	96,00	1.920,00	26	49.920,00	57	96,00	5.472,00	2	10.944,00					
21	96,00	2.016,00	22	44.352,00	58	96,00	5.568,00	2	11.136,00					
22	96,00	2.112,00	21	44.352,00	59	96,00	5.664,00	2	11.328,00					
23	96,00	2.208,00	12	26.496,00	60	96,00	5.760,00	1	5.760,00					
24	96,00	2.304,00	13	29.952,00	61	96,00	5.856,00	1	5.856,00					
25	96,00	2.400,00	6	14.400,00	62	96,00	5.952,00	4	23.808,00					
26	96,00	2.496,00	16	39.936,00	63	96,00	6.048,00	1	6.048,00					
27	96,00	2.592,00	13	33.696,00	64	96,00	6.144,00	2	12.288,00					
28	96,00	2.688,00	15	40.320,00	66	96,00	6.336,00	1	6.336,00					
29	96,00	2.784,00	11	30.624,00	67	96,00	6.432,00	2	12.864,00					
30	96,00	2.880,00	20	57.600,00	68	96,00	6.528,00	1	6.528,00					
31	96,00	2.976,00	4	11.904,00	72	96,00	6.912,00	1	6.912,00					
32	96,00	3.072,00	5	15.360,00	73	96,00	7.008,00	2	14.016,00					
33	96,00	3.168,00	7	22.176,00	75	96,00	7.200,00	5	36.000,00					
34	96,00	3.264,00	5	16.320,00	78	96,00	7.488,00	2	14.976,00					
35	96,00	3.360,00	9	30.240,00	79	96,00	7.584,00	1	7.584,00					
36	96,00	3.456,00	6	20.736,00	84	96,00	8.064,00	1	8.064,00					
37	96,00	3.552,00	3	10.656,00	86	96,00	8.256,00	1	8.256,00					

B.1. Periodo 01.08.2007 – 01.08.2008: *Tavola B.1.11. Sinistri RSMO – Dettagli diaria sostitutiva*

Periodo di osservazione: 01.08.2007 - 31.07.2008														
Giorni di diaria	Importo Diaria giornaliero	Costo sinistro	Numero sinistri con seguito	Costo totale sinistri	Giorni di diaria	Importo Diaria giornaliero	Costo sinistro	Numero sinistri con seguito	Costo totale sinistri	Giorni di diaria	Importo Diaria giornaliero	Costo sinistro	Numero sinistri con seguito	Costo totale sinistri
1	96,00	96,00	788	75.648,00	38	96,00	3.648,00	7	25.536,00	127	96,00	12.192,00	1	12.192,00
2	96,00	192,00	817	156.864,00	39	96,00	3.744,00	5	18.720,00	138	96,00	13.248,00	1	13.248,00
3	96,00	288,00	693	199.584,00	40	96,00	3.840,00	7	26.880,00	185	96,00	17.760,00	1	17.760,00
4	96,00	384,00	520	199.680,00	41	96,00	3.936,00	4	15.744,00	198	96,00	19.008,00	1	19.008,00
5	96,00	480,00	415	199.200,00	42	96,00	4.032,00	1	4.032,00	Totale			4.860	2.685.024,00
6	96,00	576,00	274	157.824,00	43	96,00	4.128,00	2	8.256,00					
7	96,00	672,00	241	161.952,00	44	96,00	4.224,00	5	21.120,00					
8	96,00	768,00	169	129.792,00	45	96,00	4.320,00	1	4.320,00					
9	96,00	864,00	126	108.864,00	46	96,00	4.416,00	2	8.832,00					
10	96,00	960,00	97	93.120,00	47	96,00	4.512,00	5	22.560,00					
11	96,00	1.056,00	101	106.656,00	48	96,00	4.608,00	4	18.432,00					
12	96,00	1.152,00	79	91.008,00	49	96,00	4.704,00	1	4.704,00					
13	96,00	1.248,00	77	96.096,00	50	96,00	4.800,00	3	14.400,00					
14	96,00	1.344,00	84	112.896,00	51	96,00	4.896,00	5	24.480,00					
15	96,00	1.440,00	42	60.480,00	52	96,00	4.992,00	3	14.976,00					
16	96,00	1.536,00	41	62.976,00	53	96,00	5.088,00	1	5.088,00					
17	96,00	1.632,00	26	42.432,00	54	96,00	5.184,00	4	20.736,00					
18	96,00	1.728,00	32	55.296,00	59	96,00	5.664,00	2	11.328,00					
19	96,00	1.824,00	19	34.656,00	60	96,00	5.760,00	4	23.040,00					
20	96,00	1.920,00	18	34.560,00	63	96,00	6.048,00	1	6.048,00					
21	96,00	2.016,00	30	60.480,00	65	96,00	6.240,00	1	6.240,00					
22	96,00	2.112,00	19	40.128,00	66	96,00	6.336,00	2	12.672,00					
23	96,00	2.208,00	19	41.952,00	67	96,00	6.432,00	3	19.296,00					
24	96,00	2.304,00	23	52.992,00	68	96,00	6.528,00	1	6.528,00					
25	96,00	2.400,00	17	40.800,00	69	96,00	6.624,00	1	6.624,00					
26	96,00	2.496,00	8	19.968,00	71	96,00	6.816,00	3	20.448,00					
27	96,00	2.592,00	11	28.512,00	72	96,00	6.912,00	1	6.912,00					
28	96,00	2.688,00	11	29.568,00	73	96,00	7.008,00	2	14.016,00					
29	96,00	2.784,00	16	44.544,00	80	96,00	7.680,00	1	7.680,00					
30	96,00	2.880,00	13	37.440,00	82	96,00	7.872,00	1	7.872,00					
31	96,00	2.976,00	8	23.808,00	85	96,00	8.160,00	1	8.160,00					
32	96,00	3.072,00	4	12.288,00	86	96,00	8.256,00	1	8.256,00					
33	96,00	3.168,00	8	25.344,00	91	96,00	8.736,00	2	17.472,00					
34	96,00	3.264,00	4	13.056,00	99	96,00	9.504,00	1	9.504,00					
35	96,00	3.360,00	3	10.080,00	101	96,00	9.696,00	1	9.696,00					
36	96,00	3.456,00	4	13.824,00	104	96,00	9.984,00	1	9.984,00					
37	96,00	3.552,00	3	10.656,00	126	96,00	12.096,00	1	12.096,00					

B.1. Periodo 01.08.2008 – 01.08.2009: *Tavola B.1.12. Sinistri RSMO – Dettagli diaria sostitutiva*

Periodo di osservazione: 01.08.2008 - 31.07.2009														
Giorni di diaria	Importo Diaria giornaliero	Costo sinistro	Numero sinistri con seguito	Costo totale sinistri	Giorni di diaria	Importo Diaria giornaliero	Costo sinistro	Numero sinistri con seguito	Costo totale sinistri	Giorni di diaria	Importo Diaria giornaliero	Costo sinistro	Numero sinistri con seguito	Costo totale sinistri
1	96,00	96,00	615	59.040,00	38	96,00	3.648,00	2	7.296,00	110	96,00	10.560,00	1	10.560,00
2	96,00	192,00	664	127.488,00	39	96,00	3.744,00	5	18.720,00	111	96,00	10.656,00	1	10.656,00
3	96,00	288,00	546	157.248,00	40	96,00	3.840,00	4	15.360,00	117	96,00	11.232,00	1	11.232,00
4	96,00	384,00	426	163.584,00	41	96,00	3.936,00	3	11.808,00	118	96,00	11.328,00	1	11.328,00
5	96,00	480,00	292	140.160,00	42	96,00	4.032,00	3	12.096,00	126	96,00	12.096,00	1	12.096,00
6	96,00	576,00	199	114.624,00	43	96,00	4.128,00	4	16.512,00	211	96,00	20.256,00	1	20.256,00
7	96,00	672,00	194	130.368,00	44	96,00	4.224,00	5	21.120,00	Totale			3.888	2.199.744,00
8	96,00	768,00	178	136.704,00	45	96,00	4.320,00	3	12.960,00					
9	96,00	864,00	105	90.720,00	46	96,00	4.416,00	4	17.664,00					
10	96,00	960,00	86	82.560,00	47	96,00	4.512,00	2	9.024,00					
11	96,00	1.056,00	84	88.704,00	48	96,00	4.608,00	3	13.824,00					
12	96,00	1.152,00	52	59.904,00	49	96,00	4.704,00	3	14.112,00					
13	96,00	1.248,00	45	56.160,00	50	96,00	4.800,00	7	33.600,00					
14	96,00	1.344,00	56	75.264,00	51	96,00	4.896,00	1	4.896,00					
15	96,00	1.440,00	49	70.560,00	52	96,00	4.992,00	2	9.984,00					
16	96,00	1.536,00	31	47.616,00	53	96,00	5.088,00	1	5.088,00					
17	96,00	1.632,00	31	50.592,00	54	96,00	5.184,00	1	5.184,00					
18	96,00	1.728,00	21	36.288,00	55	96,00	5.280,00	3	15.840,00					
19	96,00	1.824,00	22	40.128,00	56	96,00	5.376,00	1	5.376,00					
20	96,00	1.920,00	28	53.760,00	57	96,00	5.472,00	3	16.416,00					
21	96,00	2.016,00	24	48.384,00	58	96,00	5.568,00	2	11.136,00					
22	96,00	2.112,00	11	23.232,00	59	96,00	5.664,00	4	22.656,00					
23	96,00	2.208,00	21	46.368,00	60	96,00	5.760,00	4	23.040,00					
24	96,00	2.304,00	14	32.256,00	61	96,00	5.856,00	1	5.856,00					
25	96,00	2.400,00	10	24.000,00	62	96,00	5.952,00	1	5.952,00					
26	96,00	2.496,00	13	32.448,00	63	96,00	6.048,00	5	30.240,00					
27	96,00	2.592,00	5	12.960,00	64	96,00	6.144,00	1	6.144,00					
28	96,00	2.688,00	10	26.880,00	67	96,00	6.432,00	1	6.432,00					
29	96,00	2.784,00	10	27.840,00	70	96,00	6.720,00	1	6.720,00					
30	96,00	2.880,00	8	23.040,00	73	96,00	7.008,00	1	7.008,00					
31	96,00	2.976,00	9	26.784,00	74	96,00	7.104,00	1	7.104,00					
32	96,00	3.072,00	4	12.288,00	75	96,00	7.200,00	1	7.200,00					
33	96,00	3.168,00	14	44.352,00	76	96,00	7.296,00	1	7.296,00					
34	96,00	3.264,00	1	3.264,00	81	96,00	7.776,00	1	7.776,00					
35	96,00	3.360,00	6	20.160,00	87	96,00	8.352,00	1	8.352,00					
36	96,00	3.456,00	2	6.912,00	89	96,00	8.544,00	1	8.544,00					
37	96,00	3.552,00	2	7.104,00	94	96,00	9.024,00	1	9.024,00					

B.1. Periodo 01.08.2009 – 31.12.2009: Tavola B.1.13. Sinistri RSMO e Premorienza – Dati parziali proroga

Copertura	DATA EFFETTO ANNUALITÀ	DATA SCADENZA ANNUALITÀ	PREMI INCASSATI + R.P.	SINISTRI DI ACCADIMENTO 01/08/2009 - 31/12/2009							S/P DI PERIODO
				Sinistro	N° con seguito	Pagati		Riservati		Costo sinistri	
						N°	Importi	N°	Importi		
Copertura RSMO	01/08/2009	31/12/2009	4.726.413	E. C.	2.826	2.736	2.051.866	90	370.016	2.421.881	93,75%
				Tardivi nei primi 3 mesi	2.393	2.297	1.388.509	96	94.114	1.482.623	
				Tardivi dal 4° mese (1)	1.253	0	0	1.253	526.489	526.489	
				TOTALE	6.472	5.033	3.440.375	1.439	990.619	4.430.994	
Massimale di Servizio (Art. 3.5.)	01/08/2009	31/12/2009	1.501.248	E. C.	0	0	0	0	0	0	100,00%
				Tardivi nei primi 3 mesi	0	0	0	0	0	0	
				Tardivi dal 4° mese	4.301	4.301	1.501.248	0	0	1.501.248	
				TOTALE	4.301	4.301	1.501.248	0	0	1.501.248	
Premorienza	01/08/2009	31/12/2009	1.395.783	E. C.	21	20	732.078	1	27.114	759.192	114,40%
				Tardivi nei primi 3 mesi	16	14	506.128	2	72.304	578.432	
				Tardivi dal 4° mese (1)	7	0	0	7	259.089	259.089	
				TOTALE	44	34	1.238.205	10	358.507	1.596.712	
Totale Complessivo	01/08/2009	31/12/2009	7.623.444	E. C.	2.847	2.756	2.783.943	91	397.130	3.181.073	98,76%
				Tardivi nei primi 3 mesi	2.409	2.311	1.894.637	98	166.418	2.061.055	
				Tardivi dal 4° mese (2)	5.561	4.301	1.501.248	1.260	785.578	2.286.826	
				TOTALE	10.817	9.368	6.179.828	1.449	1.349.126	7.528.954	

NOTE =

- Sinistri : fonte Blue Assistance, estrazione al 23 aprile 2010 senza spese di liquidazione ("Q").

- Premi : incassi definitivi (comprese le regolazioni premio).

(1) = Il n° dei tardivi stimati è ricavato osservando la media dei tardivi nelle annualità passate; il costo medio è quello dei sinistri tardivi delle annualità precedenti denunciati dal 4° mese post scadenza.

(2) = Di cui € 1.501.248 "certi" per Art. 3.5 di polizza.

COPERTURA ASSICURATIVA SANITARIA E DI PREMORIENZA

Allegato 1 – Testo della copertura in corso

Condizioni di assicurazione

CONTRATTO PER LA COPERTURA ASSICURATIVA PER IL PERIODO 01.08.2006-31.07.2008, DELL'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA DEI DIPENDENTI DI INPS, INAIL, INPADAP ED ACI E DEI LORO FAMILIAI FISCALMENTE A CARICO E DEGLI ENTI PUBBLICI COPERTI DALLA PREVIGENTE POLIZZA ASSICURATIVA EX ART. 46 DEL CCNL/95 E DEGLI ALTRI ENTI EGUALMENTE RIENTRANTI NELLA NORMATIVA DI CUI ALL'ART. 46 DEL PREDETTO CCNL/95 CHE VORRANNO ADERIRVI.

COPERTURA ASSICURATIVA SANITARIA E DI PREMORIENZA

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

In relazione alla lettera di comunicazione di risultato della gara prot n° 0012424 del 06/06/2006 del Coordinatore dell'Organismo Inferenti di cui all'accordo tra INPS, INAJL, INPDAP ed ACI ai sensi dell'art. 15 della legge 241/90, a seguito dell'espletamento della gara CEE di cui al bando sulla G.U. italiana n° 31 del 07/02/2006 e sulla G.U. europea n° 23 del 03/02/2006,

fra: il Raggruppamento Temporaneo d' Imprese Società REALE MUTUA di ASSICURAZIONI P.J. e C.F. 00875360018 - Via Corte d'Appello, 11 - 10122 TORINO, in qualità di Capogruppo, e SOCIETÀ UNIONVITA SPA P.I. e C.F. 04637801004 V.le Castro Pretorio, 124 - 00189 Roma, in coassicurazione con Compagnia Assicuratrice UNIPOL SpA Agenzia Generale 1787 P.I. e C.F. 00284160371 - Via Quirino Majorana, 203 - 00100 Roma

e: **I.N.P.S. - Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA - P.J. 02121151001**

si stipula il contratto per la copertura assicurativa sanitaria e di premorienza

con decorrenza dalle ore 00,00 del 01.08.2006 e scadenza alle ore 24,00 del 31.07.2008

il quale consta di:

ALLEGATO A

Copertura assicurativa del rischio di premorienza per i dipendenti dell' Ente contraente, ai cui contenuti corrisponde la polizza del ramo Vita n° 699/20/8121801.

ALLEGATO B

Copertura assicurativa sanitaria integrativa del S.S.N. per i dipendenti dell'Ente contraente e del loro **nucleo familiare** fiscalmente a carico, al cui contenuto corrisponde la polizza del ramo malattie rT699/05/11301;

ALLEGATO C

Copertura sanitaria per i pensionati (ex dipendenti di INPS, INAJL, INPDAP ed ACI), per i familiari dei dipendenti degli stessi enti conviventi ma non fiscalmente a carico nonché per i componenti degli organi di amministrazione e di controllo degli enti.

ALLEGATO D

Determinazione del **premio per** i dipendenti di INPS, INAJL, INPDAP ed ACI ed il loro **nucleo familiare** fiscalmente a carico.

CALCOLO DEL PREMIO

Premio annuo procapite di Euro 306,45 è ripartito come segue

- 1) A fronte delle prestazioni previste dall'allegato A: Euro 58,93,
- 2) A fronte delle prestazioni previste dall'allegato B, con esclusione dell' art.3.5 Euro 181,65
- 3) A fronte delle prestazioni previste dell' art.3.5 dell'allegato B: Euro 65,87

MODALITA' DI PAGAMENTO

- La prima rata prevedrà il pagamento dei 5/12 dell'annualità assicurativa (01/08/2006 - 31/07/2007), pari a euro 127,69, per il periodo dalle ore 00,00 del 01/08/2006 alle ore 24,00 del 31/12/2006.
- La seconda rata prevedrà il pagamento di 12/12 del **premio** annuo, pari a euro 306,45 per il periodo dalle ore 00,00 del 01/01/2007 alle ore 24,00 del 31/12/2007, di cui 7/12 a completamento della annualità assicurativa dal 01/08/2006 al 31/07/2007 e 5/12 per l'annualità assicurativa dal 01/08/2007 al 31/07/2008.

COPERTURA ASSICURATIVA SANITARIA E DI PREMORIENZA

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

- > La terza rata prevedrà il pagamento di 7/12 del **premio** annuo, pari a euro 178,77 per il periodo dalle ore 00,00 del 01/01/2008 alle ore 24,00 del 31/07/2008, a completamento della seconda annualità assicurativa dal 01/08/2007 al 31/07/2008.
- > Il pagamento della prima rata sarà effettuato entro il 31/08/2006.
- > Il pagamento delle rate successive sarà effettuato entro il 15 gennaio dell'anno di riferimento.

MODULISTICA

Fanno parte del presente contratto i seguenti modelli:

- > **Modello 1** contenente l'elenco dei documenti necessari per la liquidazione della somma assicurata per il rischio della premorienza (garanzia come da Allegato A)
- > **Modello 2** contenente l'interpretazione operativa di alcune parti delle garanzie come da Allegato B.
- > **Modello 3** contenente la procedura per l'utilizzo della rete sanitaria convenzionata (di cui all'art 19 del Allegato B).
- > **Modello 4** di denuncia del sinistro (di cui art. 12 del Allegato B).
- > **Modello 5** di denuncia per le prestazioni di cui all'art 3.5 (monte a riparto) dell'Allegato B

ALLEGATO A

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

POLIZZA PER LA COPERTURA DI PREMORIENZA PER I DIPENDENTI DI INPS, INAIL, INPDAP ED ACI

N.B.

La polizza è estesa alle stesse condizioni derivanti dall'aggiudicazione della gara ai dipendenti degli Enti pubblici coperti dalla vigente Polizza assicurativa ex art 46 CCNU1995 nonché degli altri Enti egualmente rientranti nella normativa di cui all'art 46 del CCNU1995 che vorranno aderirvi, per un numero complessivo non superiore al 30% della totalità dei dipendenti INPS, INAIL, INPDAP ed Ad e loro familiari fiscalmente a carico a seguito di adesione alla polizza da parte degli stessi Enti.

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

DEFINIZIONI

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.

ART. 2 - ASSICURATI.

ART. 3- BENEFICIARI.

ART. 4- CAPITALI ASSICURATI.

ART. 5- DOCUMENTAZIONE SANITARIA.

ART. 6- LIMITI DI ETÀ.

ART. 7- ESCLUSIONI.

ART. 8- SUICIDIO.

ART. 9- SINISTRO CHE COLPISCA PIO TESTE.

ART. 10- DURATA CONTRATTUALE.

ART. 11- SCADENZA DEL CONTRATTO.

ART. 12- VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE.

ART. 13- ESTENSIONE TERRITORIALE.

ART. 14- TEMPI DI LIQUIDAZIONE.

ART. 15- FORO COMPETENTE

ART. 16- TASSE E IMPOSTE.

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

DEFINIZIONI

Le definizioni, il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono *in corsivo*.

ASSICURATI	I dipendenti di IN PS, INAIL, INPDAP ed ACI nonché degli altri Enti Pubblici indicati nel frontespizio del presente allegato A, in caso di adesione alla polizza.
ASSICURAZIONE BENEFICIARI	Contratto di assicurazione.
CAPITALE ASSICURATO	Coloro ai quali spettano le somme assicurate.
CONTRAENTE	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
POLIZZA	INPS, INAIL, INPDAP, ACI ed altri Enti Pubblici in caso di adesione alla polizza.
PREMIO	Il documento che prova l'assicurazione.
RISCHIO	Somma dovuta dal <i>Contraente</i> alla Società.
SINISTRO	Possibilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
SOCIETÀ	verificarsi del fatto dannoso per il quale è prevista l'assicurazione. Impresa assicuratrice.

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

ART 1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La copertura **assicurativa** riguarda, per i capitali previsti all'art. 4 e nei limiti previsti dalle presenti condizioni, il pagamento di una somma in caso di morte dell'Assicurato da qualunque causa determinata purché questa avvenga nel corso del periodo di validità della copertura

ART 2 ASSICURATI

L'assicurazione si intende valida a favore dei dipendenti d INPS, INAIL, INPDAP ed ACI destinatari dell'art. 46 CCNL/1995 nonché dei rispettivi Direttori generali, purché i relativi nominativi vengano segnalati dagli Enti Contraenti al momento dell'inclusione in polizza.

ART 3 BENEFICIARI

Beneficiari della prestazione sono gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato.

ART 4 CAPITALI ASSICURATI

Il capitale assicurato per ciascun dipendente assicurato è pari a € 36.151,98,

ART 5 DOCUMENTAZIONE SANITARIA

I rischi verranno assunti dalla Società senza richiesta alcuna di documentazione sanitaria.

ART 6 LIMITI D'ETÀ

All'atto della stipulazione del contratto possono essere inclusi in assicurazione tutti gli appartenenti al gruppo degli Assicurati aventi età non superiore a 70 anni. L'assicurazione non è rinnovabile nei confronti degli Assicurati che abbiano superato i 70 anni di età.

ART 7 ESCLUSIONI

E' escluso dall'riassicurazione soltanto il decesso causato:

- da attività dolosa del **beneficiario**;
- partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata solo alle condizioni stabilite dal competente Ministero e su richiesta del contraente;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, in qualità di membro dell'equipaggio.

ART 8 SUICIDIO

Ti decesso causato da suicidio è incluso in garanzia fin dall'ingresso in polizza dell'assicurato.

ART 9 SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ TESTE

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo di € 2.065.827,60: detto importo andrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite dal sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

ART 10 DURATA CONTRATTUALE

La durata del contratto è fissata in 24 mesi dalle ore 00,00 del 01/08/2006 alle ore 24 00 del 31/07/2008.
L'assicurazione decorre dalle ore 00,00 del 01/08/2006 ancorché il premio venga corrisposto entro il 16/08/2006 stante la particolare natura degli Enti contraenti.

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

ART .11 SCADENZA DEL CONTRATTO

La scadenza del contratto è fissata alle ore 24,00 del 31/07/2008, con facoltà di prosecuzione del servizio ai sensi dell'art. 7 del D.lgs. n. 157/1995 per un anno dopo la scadenza del contratto.

ART.12 VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale per le persone comunicate dagli Enti Contraenti secondo quanto indicato nell'art. 2 qualora esiste il rapporto di lavoro dipendente con INPS, INAIL, INPDAP ed ACI. Le inclusioni che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicate dagli Enti Contraenti alla Società con supporto informatico le cui caratteristiche tecniche dovranno essere concordate con la Società. Le suddette variazioni dovranno essere comunicate con cadenza bimestrale ed avranno validità dal momento in cui per ogni Assicurato matura il diritto alta copertura. Tutte le inclusioni non possono comunque in alcun modo essere retrodatate di oltre 90 giorni. Qualora nel corso del contratto per un assicurato cessi il rapporto di lavoro dipendente con INPS, INAIL, INPDAP ed ACI (ad esclusione del caso del sinistro), la copertura resterà in vigore fino al successivo 31 dicembre.

ART 13 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

ART 14 TEMPI DI LIQUIDAZIONE

La liquidazione del capitale assicurato sarà effettuata entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa da parte della Società. Per ogni giornata lavorativa di ritardo nella liquidazione del sinistro la Società è tenuta al pagamento di una penale commisurata in € 258,22 al giorno di cui € 129,11 a favore dei Beneficiari e € 129,11 a beneficio dell'Ente di appartenenza. La documentazione completa richiesta dalla Società per la liquidazione dovrà pervenire, da parte degli assicurati, direttamente alla Società Blue Assistance, Società controllata ai sensi dell'art 2359 ce dalla Società Reale Mutua di Assicurazioni, presso il Centro raccolta sinistri in Corso Svizzera, 185 10149 TORINO, numero telefonico 011-7417298 - fax 011-7417701, orario Call Center dal Lunedì al Venerdì dalle ore 08,00 alle ore 18,00, il sabato dalle ore 08,00 alle ore 12,00. La Società si impegna a fornire all'atto della stipulazione del contratto l'elenco dei documenti necessari per la liquidazione del capitale

ART 15 FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria di Roma.

ART 16 TASSE E IMPOSTE

Eventuali aumenti delle imposte relative al **premio** stabilite per legge saranno calcolati nel **premio** dell'anno successivo.

ALLEGATO B

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

POLIZZA PER LA COPERTURA SANITARIA PER I DIPENDENTI DI INPS, INAIL, INPDAP ED ACI ED IL LORO NUCLEO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

N.B.

La polizza è estesa alle stesse condizioni derivanti dall'aggiudicazione della gara ai dipendenti degli Enti pubblici coperti dalla vigente Polizza assicurativa ex art 46 CCNU1995 nonché degli altri Enti egualmente rientranti nella normativa di cui all'art 46 del CCNL/1995 che vorranno aderirvi, per un numero complessivo non superiore al 30% della totalità dei dipendenti INPS, INAIL, INPDAP ed ACI e loro familiari fiscalmente a carico a seguito di adesione alla polizza da parte degli stessi Enti.

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

SOMMARIO

DEFINIZIONI

- ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.
- ART. 2 - ASSICURATI.
- ART. 3 - PRESTAZIONI
- ART. 4 - RADDOPPIO DEI MASSIMALI PER GRANDI INTERVENTI.
- ART. 5 - NEONATI.
- ART. 6 - LIMITI DI PRESTAZIONI.
- ART. 7 - PERSONE NON ASSICURABILI.
- ART. 8 - DURATA CONTRATTUALE
- ART. 9 - SCADENZA DEL CONTRATTO.
- ART. 10 - VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE.
- ART. 11 - ESTENSIONE TERRITORIALE.
- ART. 12 - MODALITÀ DI RIMBORSO.
- ART. 13 - TEMPI DEL RIMBORSO.
- ART. 14 - CONTROVERSIE.
- ART. 15 - FORME DELLA COMUNICAZIONE DELLA SOCIETÀ, DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO.
- ART. 16 - COMPETENZA TERRITORIALE.
- ART. 17 - TASSE E IMPOSTE.
- ART. 18 - ANTICIPI INDENNIZZI.
- ART. 19 - CONVENZIONAMENTO E PAGAMENTO DIRETTO.
- ART. 20 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA. LIMITI DI PRESTAZIONI.
- ART. 21 - MALATTIE PREGRESSE, CRONICHE E RECIDIVANTI.

ALLEGATO B

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

Le definizioni, il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono *in corsivo*.

ASSICURATI	I dipendenti di INPS, INAIL, INPDAP ed ACI nonché degli altri Enti Pubblici indicati nel frontespizio del presente allegato B, in caso di adesione alla polizza .
ASSICURAZIONE	Contratto di assicurazione.
CONTRAENTE	INPS, INAIL, INPDAP, AGI ed altri Enti Pubblici in caso di adesione alla polizza .
DAY HOSPITAL	degenza in istituto o casa di cura autorizzati ad erogare prestazioni chirurgiche o terapeutiche in regime esclusivamente diurno, con compilazione di cartella clinica.
FRANCHIGIA	Parte delle spese sostenute che rimane a carico dell'Assicurato.
GRANDEINTERVENTO CHIRURGICO	sono considerati grandi interventi chirurgici quelli di cui all'allegato elenco nonché quelli per i quali la Tabella a) del D.P.R. n. 81 del 17.2.1992 prevede un onorario pari o superiore a € 1.032,91.
INDENNIZZO	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
INFORTUNIO	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.
ISTITUTO DI CURA	Struttura sanitaria pubblica o casa di cura privata regolarmente autorizzata al ricovero dei malati, ai sensi delle leggi o di altre norme emanate dallo Stato in cui ha sede la struttura.
MALATTIA	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio .
NUCLEO FAMILIARE	Familiari dell'Assicurato fiscalmente a carico.
POLIZZA	il documento che prova l'assicurazione.
PREMIO	Somma dovuta dal Contraente alla Società .
RICOVERO	Degenza comportante pernottamento, in Istituto di cura pubblico o privato.
RISCHIO	Possibilità che si verifichi B sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
SCOPERTO	Percentuale delle spese sostenute che rimane a carico dell'Assicurato.
SINISTRO	Verificarsi del fatto dannoso per il quale è prevista l'assicurazione.
SOCIETÀ	Impresa assicurativa
SSN	Servizio Sanitario Nazionale.

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

ART 1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.

La copertura assicurativa riguarda, per le prestazioni previste all'art 3 e fino alla concorrenza dei massimali previsti, il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato a seguito di malattia o di infortunio-I rischi sono assunti dalla Società indipendentemente da visita medica.

ART 2 ASSICURATI.

L'assicurazione si intende valida a favore dei dipendenti di INPS, INA1L, INPDAP ed ACi destinatari dell'art 46 del CCNL/1995 nonché dei rispettivi Direttori generali e dei loro familiari fiscalmente a carico, purché i relativi nominativi vengano segnalati dagli Enti Contraenti ai momento dell'inclusione in polizza.

ART 3 PRESTAZIONI.

La Società assicura, per gli infortuni e le malattie verificatisi nel corso dell'anno assicurativo e qualunque ne sia il numero, fino alla concorrenza di € 123.114,22 (intendendo tale cifra quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato) il rimborso delle spese nei casi di seguito indicati:

3.1 Prestazioni di rimborso in caso di ricovero.

A) Ricovero in istituto di cura convenzionato con il SSN che comporti intervento chirurgico:

1. accertamenti diagnostici (compresi i relativi tickets), visite specialistiche (compresi i relativi tickets) effettuati nei 120 giorni precedenti l'intervento e ad esso relativi;
2. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipanti all'intervento chirurgico, i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento;
3. accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, cure omeopatiche ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
4. rette di degenza fino ad un massimo di € 451,52 al giorno;
5. accertamenti diagnostici (compresi i relativi tickets), prestazioni medico chirurgiche, visite specialistiche (compresi i relativi tickets), trattamenti fisioterapici e rieducativi; prestazioni tutte effettuate nei 120 giorni successivi all'intervento;
6. trasporto d'urgenza **all'Istituto di cura** in ambulanza fino ad un massimo di € 258,23 per anno e per nucleo;
7. limitatamente ai grandi interventi chirurgici le spese di trasporto **all'Istituto di cura** in aereo o treno fino ad un massimo di € 258,23 per nucleo e per anno se il trasporto avviene in Italia (incluso Città del Vaticano e Repubblica di San Marino) e fino a € 516,46 per nucleo e per anno se il trasporto avviene all'estero.

Il rimborso viene effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 8,70% ad eccezione dei tickets il cui rimborso è integrale.

B) Ricovero in istituto di cura convenzionato con il SSN che non comporti intervento chirurgico:

1. accertamenti diagnostici assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, cure omeopatiche riguardanti il periodo di ricovero;
2. rette di degenza fino ad un massimo di € 451,52 al giorno;
3. trasporto d'urgenza **all'Istituto di cura** in ambulanza fino ad un massimo di € 258,23 per anno e per nucleo.

Il rimborso viene effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 8,70% ad eccezione dei tickets il cui rimborso è integrale

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

C) Ricovero in istituto di cura non convenzionato con il SSN ma convenzionato con la rete utilizzata dalla Società che compori intervento chirurgico:

1. accertamenti diagnostici (compresi i relativi tickets), visite specialistiche (compresi i relativi tickets) effettuati nei 120 giorni precedenti (Intervento e ad esso relativi);
2. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico, i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento;
3. accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, cure omeopatiche ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
4. rette di degenza fino ad un massimo di € 451,52 al giorno;
5. accertamenti diagnostici (compresi i relativi tickets), prestazioni medico chirurgiche, visite specialistiche (compresi i relativi tickets), trattamenti fisioterapici e rieducativi; prestazioni tutte effettuate nei 120 giorni successivi all'intervento;
6. trasporto d'urgenza **all'Istituto di cura** in ambulanza fino ad un massimo di € 258,23 per anno e per nucleo;
7. limitatamente ai grandi interventi chirurgici le spese di trasporto **all'Istituto di cura** in aereo o treno fino ad un massimo di € 258,23 per nucleo e per anno se il trasporto avviene in Italia (incluso Città del Vaticano e Repubblica di San Marino) e fino a € 516,46 per nucleo e per anno se il trasporto avviene all'estero.

Il rimborso viene effettuato con l'applicazione di una **franchigia** di € 743,74 per evento ad eccezione dei tickets il cui rimborso è integrale.

D) Ricovero in istituto di cura non convenzionato con il SSN ma convenzionato con la rete utilizzata dalla Società che non compori intervento chirurgico:

1. accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, cure omeopatiche riguardanti il periodo di ricovero;
2. rette di degenza fino ad un massimo di € 451,52 al giorno;
3. trasporto d'urgenza **all'Istituto di cura** in ambulanza fino ad un massimo di € 258,23 per anno e per nucleo.

Il rimborso viene effettuato con l'applicazione di una **franchigia** di € 371,98 per evento ad eccezione dei tickets il cui rimborso è integrale.

E) Ricovero in istituto di cura non convenzionato né con il SSN né con la rete utilizzata dalla Società che compori intervento chirurgico:

1. accertamenti diagnostici (compresi i relativi tickets), visite specialistiche (compresi i relativi tickets) effettuati nei 120 giorni precedenti (Intervento ed ad esso relativi);
2. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico, i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento;
3. accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, cure omeopatiche ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
4. rette di degenza fino ad un massimo di € 451,52 al giorno;
5. accertamenti diagnostici (compresi i relativi tickets), prestazioni medico chirurgiche, visite specialistiche (compresi i relativi tickets), trattamenti fisioterapici e rieducativi; prestazioni tutte effettuate nei 120 giorni successivi all'intervento;
6. trasporto d'urgenza **all'Istituto di cura** in ambulanza fino ad un massimo di € 258,23 per anno e per nucleo;
7. limitatamente ai grandi interventi chirurgici le spese di trasporto **all'Istituto di cura** in aereo o treno fino ad un massimo di € 258,23 per nucleo e per anno se il trasporto avviene in Italia (incluso Città del Vaticano e Repubblica di San Marino) e fino a € 516,46 per nucleo e per anno se il trasporto avviene all'estero.

Il rimborso viene effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 5,00% con un minimo di € 1.239,63 per evento, ad eccezione dei tickets il cui rimborso è integrale.

F) Ricovero in istituto di cura non convenzionato né con il SSN né con la rete utilizzata dalla Società che non compori intervento chirurgico:

1. accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, cure omeopatiche *riguardanti il periodo di ricovero*;
2. rette di degenza fino ad un massimo di € 451,52 al giorno;
3. trasporto d'urgenza all'Istituto di cura in ambulanza fino ad un massimo di € 258,23 per anno e per nucleo.

Il rimborso viene effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 5,00% con un minimo di € 743,60 per evento, ad eccezione dei tickets il cui rimborso è integrale.

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

G) Ricovero presso Struttura Pubblica con utilizzo delle attività libero-professionali dei medici svolta in regime intramurario:

Il ricovero è equiparato a tutti gli effetti (compresa l'applicazione dello scoperto) ai fini dell'indennizzabilità:

- **se comporta intervento chirurgico, al ricovero di cui alla lettera A);**
- **senza intervento chirurgico, al ricovero di cui alla lettera B).**

Fermo restando quanto previsto dal precedente comma in ordine allo scoperto, ove i medici siano convenzionati con la Rete della Società viene applicata la medesima procedura prevista alle lettere C) e D) a richiesta dell'interessato (in tal caso l'assicurato sosterrà al momento della dimissione soltanto le spese previste dalla polizza a titolo di scoperto e la Società provvederà a pagare direttamente gli onorari medici).

3.2 PARTO.

Relativamente al parto la garanzia è prestata fino ad un massimo di € 2.582,28 per nucleo e per anno in caso di parto cesareo e di € 516,46 in caso di parto non cesareo. Restano validi gli scoperti e le franchigie previste nelle differenti situazioni di cui alle lettere A) B) C) D) E) F) e G) dell'art. 3.1. ridotti del 81,20%.

3.2 BIS PRESTAZIONI DI RIMBORSO IN CASO DI DAY HOSPITAL.

Le garanzie inserite al punto 3.1 devono intendersi estese nel caso di ricovero con intervento chirurgico in regime di "Day Hospital". In tale caso la copertura è limitata ad un massimale di € 15.493,71 per nucleo e per anno (inteso come sottolimito della copertura complessiva di € 129.114,22) ed il rimborso avviene con l'applicazione dei seguenti limiti:

- 72% di scoperto in caso di Day Hospital convenzionato con il SSN;
- 7,20% di scoperto con il minimo di € 310,06 in caso di Day Hospital convenzionato con la rete di convenzionamento della Società;
- 7,20% di scoperto con il minimo di € 619,81 in caso di Day Hospital non convenzionato né con il SSN né con la rete di convenzionamento della Società.

i tickets sono rimborsati integralmente senza l'applicazione di franchigie e scoperti.

3.3 PRESTAZIONI DI RIMBORSO IN CASO DI TERAPIE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EXTRAOSPEDALIERI.

La Società rimborsa anche le spese extra-ospedaliere per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono, rese necessarie da infortunio o malattia:

- Angiografia
- Amniocentesi
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Ecografia
- Elettroencefalografia
- Emodialisi (max 50 giorni per nucleo e per anno)
- Mammografia
- Radioterapia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Scintigrafia
- TAC

Tale garanzia viene accordata fino ad un massimo di € 5.164,57 per nucleo e per anno (inteso come sottolimito della copertura complessiva di € 129.114,22) ed il rimborso avviene con l'applicazione di uno scoperto del 9% con un minimo di € 27,88 per sinistro.

tickets relativi a tali eventi verranno rimborsati, sempre nell'ambito del massimale, senza applicazioni dello scoperto e della franchigia.

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

Per le applicazioni di chemioterapia, cobaltoterapia, emodialisi e radioterapia non si applicano nè franchigia nè scoperto.

3.4 DIARIA SURROGATORIA.

La **Società** corrisponde una indennità di € 96,00 per ogni giorno di ricovero in ospedale e/o Casa di Cura, con il massimo di 210 giorni per nucleo e per anno se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale. Tale prestazione è estesa anche nel caso di ricovero in **Day Hospital** con intervento chirurgico le cui spese fossero a totale carico del SSN.

La **Società** rimborsa, in aggiunta alla indennità di cui al precedente comma, le spese effettuate nei 120 giorni precedenti e successivi l'intervento e ad esso relativi come stabilito all'art. 3.1 lettera A)- sub 1 e 3 con l'applicazione di uno scoperto del 9,6% ad eccezione dei tickets il cui rimborso è integrale.

3.5 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ESAMI NON ESPRESSAMENTE INDICATI NEL PUNTO 3.3 E CURE E PROTESI DENTARIE.

Dal **premio** lordo pro-capite annuo verrà detratto un importo di € 65,87 a fronte delle spese per accertamenti diagnostici ed esami non inclusi nelle garanzie indicate ai punti precedenti nonché cure e protesi dentarie, la cui gestione dovrà avvenire con modalità separate rispetto alle prestazioni previste ai punti precedenti.

Il rimborso delle spese di cui al presente punto sarà limitato all'importo previsto dal Tariffario Minimo Nazionale di cui al DPR n. 81 del 17.2.1992 e comunque per un importo non superiore a € 2.000,00 per anno e per nucleo. L'importo concedibile a ciascun richiedente, anche per i familiari fiscalmente a carico, sarà comunque calcolato a consuntivo sulla base di un piano di riparto che tenga in considerazione tutte le richieste pervenute e la disponibilità complessiva. Sono escluse dal riparto le denunce relative al **nucleo familiare** per importi di spesa che rapportati al predetto Tariffario risultino di importo complessivo non superiore a € 154,94. L'Organismo Inferenti fornirà alla **Società** entro il 30/07/2006 i criteri analitici relativi alla liquidabilità delle prestazioni.

In deroga a quanto previsto al successivo art 13 i rimborsi relativi alle spese di cui al presente punto vengono erogati dalla **Società** entro il 1°trimestre successivo alla scadenza di ogni periodo assicurativo.

Al fine del rimborso, le fatture o le note dovranno riportare la medesima terminologia adottata dal DPR n. 81 del 17.2.1992.

La gestione di tali prestazioni sarà effettuata separatamente dalle prestazioni di cui all'allegato A e di cui all'allegato C e dalle prestazioni di cui al presente allegato ai punti 3.1, 3.2, 3.2bis, 3.3, 3.4 e ad essa la **Società** fornirà un preciso rendiconto all'Organismo Inferenti. Eventuali avanzi di gestione di ciascun esercizio non possono essere utilizzati a finanziamento di altre prestazioni e, maggiorati al tasso legale di interesse calcolato per il periodo intercorrente dal pagamento del **premio** alla fine del trimestre successivo a ciascun esercizio, vengono liquidati all'Organismo Inferenti.

ART. 4 RADDOPPIO DEL MASSIMALE PER GRANDI INTERVENTI.

Il massimale di € 129.114,22 previsto all'art 3, da intendersi quale disponibilità unica e massima di rimborso per anno e per nucleo, è elevato a € 258.228,45 nel caso dei Grandi Interventi ossia quelli di cui all'unito elenco, nonché quelli individuati nella Tabella a) del DPR n. 81 del 17.2.1992 per i quali è previsto un onorario pari o superiore a € 1.032,91.

ART 5 NEONATI.

L'assicurazione si intende automaticamente estesa dalla data di nascita nei confronti dei neonati (purché fiscalmente a carico) e sempreché la comunicazione all'Ente di appartenenza venga effettuata entro 90 giorni dalla predetta data; la garanzia si intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici purché effettuati entro quattro anni dalla nascita. Le cure e gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici sono inoltre estese ai soggetti che non abbiano compiuto il quarto anno di età.

La comunicazione alla **Società** avverrà da parte dell'Ente **Contraente trimestralmente**.

ART 6 LIMITI DI PRESTAZIONI.

Sono esclusi dall'assicurazione:

- **gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici ovvero ad uso di stupefacenti;**
- **gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;**
- **le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontaria;**
- **le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**

ALLEGATO B

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

- gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti nonché dalla pratica di sport aerei in genere o da voli effettuati in qualità di pilota o membro dell'equipaggio dell'aeromobile;
- le applicazioni di carattere estetico (salvi gli interventi di chirurgia sull'apparato stornato gnatico ivi compreso il reintegro della funzione masticatoria (protesi), e di chirurgia plastica ricostitutiva resi necessari da infortuni nonché le cure e gli interventi ricostitutivi o di ripristino delle funzionalità biologiche resi necessari da interventi demolitivi a seguito di *malattia* ovvero di *infortunio* nei casi non previsti nella precedente fattispecie);
- le visite, le cure e le protesi odontoiatriche nonché le paradontopatie ad eccezione delle fattispecie individuate al punto precedente relativamente ad infortunio e malattia dell'apparato stomatognatico e di quanto previsto al punto 3.5;
- le malattie mentali.

Le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congeniti sono coperti con l'applicazione degli scoperti e/o franchigie previsti dalle lettere A, B, C, D, E, F e G dell'art. 3.1 maggiorati del 25,35% ad eccezione delle cure e degli interventi effettuati per i neonati e per gli assicurati che non abbiano compiuto il quarto anno di età. Sono escluse comunque le cure e gli interventi aventi natura esclusivamente estetica.

Le persone colpite da apoplezia o affette da epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, alcoolismo, tossicomania sono assicurate, limitatamente alle malattie (anche originate da infortuni) diverse da quelle citate nel presente capoverso e non direttamente derivanti dalle stesse malattie citate nel presente capoverso.

I predetti soggetti sono assicurati anche per apoplezia, epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, alcoolismo, tossicomania (indipendentemente dalla preesistenza di tali malattie o dalla loro insorgenza nel corso di validità della *polizza*) nei limiti di un massimale di € 2.582,28 per nucleo e per anno (inteso come sottolimito della copertura complessiva di € 129.114,22) con applicazione delle condizioni, degli scoperti e delle franchigie previsti nell'art.3.

ART 7 PERSONE NON ASSICURABILI.

Non sono assicurabili le persone di età superiore a 75 anni. Nel caso di compimento del 75° anno di età nel corso dell'annualità assicurativa, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale del premio.

ART 8 DURATA CONTRATTUALE.

La durata del contratto è fissata in 24 mesi dalle ore 00,00 del 01/08/2006 fino alle ore 24,00 del 31/07/2008, con facoltà di prosecuzione del servizio ai sensi dell'art. 7 del D.lgs. n.157/1995 per un anno dopo la scadenza del contratto.

L'assicurazione decorre dalle ore 00,00 del 01/08/2006 ancorché il *premio* venga corrisposto entro il 16/08/2006 stante la particolare natura degli Enti contraenti.

ART 9 SCADENZA DEL CONTRATTO.

La scadenza del contratto è fissata alle ore 24,00 del 31/07/2008 con facoltà di prosecuzione di servizio ai sensi dell'art. 7 del D.lgs. n.157/1995 per un anno dopo la scadenza del contratto. Le spese sostenute per prestazioni avvenute dopo la scadenza del contratto relative a quanto previsto al punto 3.1 sono rimborsabili soltanto se il ricovero a cui esse si riferiscono sia avvenuto entro la scadenza del contratto.

Le spese di cui al punto 3.2 bis e al punto 3.3 sono rimborsabili esclusivamente se si riferiscono a prestazioni effettuate entro la validità del contratto ad eccezione dei cicli di chemioterapia, cobaltoterapia e radioterapia per i quali le spese sostenute sono rimborsabili secondo quanto previsto al punto 3.3 anche se sostenute dopo la scadenza del contratto al fine di terminare un ciclo di terapia iniziato prima di tale scadenza.

La diaria surrogatoria prevista al punto 3.4 è erogabile anche dopo la scadenza del contratto alle condizioni previste purché il ricovero sia iniziato prima di tale scadenza e sia proseguito senza interruzioni oltre tale data.

In nessun caso una spesa sostenuta oltre 120 giorni dalla scadenza del contratto è rimborsabile dalla *Società*. Allo stesso modo l'erogazione della diaria surrogatoria non può avvenire oltre 60 giorni dalla scadenza del contratto.

Per le prestazioni di cui al punto 3.5 l'Organismo Inferenti si impegna a fornire alla *Società* i criteri analitici per l'eventuale erogabilità dei rimborsi per prestazioni che inizino prima della scadenza del contratto e proseguano oltre tale data.

ART 10 VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE.

L'assicurazione vale per le persone comunicate dagli Enti Contraenti secondo quanto indicato nell'art 2 qualora esista il rapporto di lavoro dipendente del capo nucleo con INPS, INAIL, INPDAP od ACI. Le inclusioni che si verificheranno nel corso di ciascun periodo assicurativo, compresi coloro che in tale periodo diventino fiscalmente a carico, dovranno essere comunicate dagli Enti Contraenti alla *Società* con supporto informatico le cui caratteristiche tecniche dovranno essere concordate con la *Società*. Le suddette variazioni dovranno essere comunicate con cadenza bimestrale ed avranno validità dal momento in cui per ogni Assicurato matura il diritto alla copertura. Tutte le inclusioni non possono comunque in alcun modo essere retrodatate di oltre 90 giorni.

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

Qualunque sia la data di inclusione di un nuovo nucleo assicurato, il massimale ad esso attribuito per le prestazioni di cui ai punti 3.1, 3.2, 3.2 bis, 3.3. e 3.4 è pari al massimale in vigore per gli altri Assicurati al momento dell'inclusione in copertura, non dovendosi procedere per i nuovi nuclei assicurati a riduzioni di massimale sulla base del tempo di esposizione al **rischio**.

Per il punto 3.5 il massimale di € 2.000,00 per anno e per nucleo è ridotto in proporzione al periodo di copertura.

L'inclusione del capo nucleo determina la contemporanea inclusione delle persone facenti parte del proprio **nucleo familiare** fiscalmente a carico.

Qualora nel corso del contratto per il capo nucleo cessi il rapporto di lavoro dipendente con uno degli Enti Contraenti, la copertura resterà in vigore fino a successivo 31 dicembre anche per il proprio **nucleo familiare**.

ART. 11 ESTENSIONE TERRITORIALE.

L'assicurazione vale per il mondo intero.

ARTI 12 MODALITÀ DI RIMBORSO.

La Società effettua i rimborsi direttamente all'Assicurato su presentazione, in originale, delle relative notule e fatture debitamente quietanzate, nonché, quando previsto, della cartella clinica in copia autenticata dalla struttura ospedaliera presso la quale è depositato l'originale. La documentazione medica da fornire alla **Società**, oltre che la descrizione dell'evento oggetto della denuncia del sinistro, deve comprendere l'indicazione della patologia e delle cure prestate. Tale documentazione deve essere relativa all'evento indicato e deve essere presentata a cura ultimata. Le denunce di sinistro dovranno essere effettuate esclusivamente su moduli per il rimborso forniti dalla **Società** che a sua volta si impegna a fornirti agli Enti Contraenti entro il 01/08/2006. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Uni ciò Italiano dei Cambi.

La liquidazione sarà effettuata preferibilmente attraverso bonifico bancario oppure tramite assegno bancario intestato al capo nucleo. Le coordinate bancarie e l'indirizzo al quale inviare l'assegno e la "documentazione saranno comunicati dagli assicurati stessi nell'apposito spazio previsto nel modulo di rimborso.

Ai fini del presente articolo il rimborso viene effettuato al dipendente anche per i familiari fiscalmente a carico.

La **Società** si impegna a comunicare negli stessi termini previsti dal successivo art. 3 agli Assicurati e all'Organismo Inferenti i dati analitici relativi alle singole voci dei rimborsi con riferimento alle prestazioni sanitarie indennizzate, inviando riepiloghi trimestrali statistici al predetto Organismo inferenti, con separata indicazione delle Strutture utilizzate, della tipologia di **malattia** o **infortunio** nei casi di ricovero o intervento chirurgico ovvero degli accertamenti di alto rilievo economico e sociale e delle terapie salvavita di cui al precedente art. 3.3.

ART. 13 TEMPI DI RIMBORSO.

Il rimborso sarà effettuato entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa da parte della **Società**. Per ogni giornata lavorativa di ritardo nella liquidazione del sinistro la **Società** è tenuta al pagamento di una penale commisurata in € **51,64** al giorno di cui € 25,82 a beneficio dell'Assicurato e € 25,82 a beneficio dell'Ente di appartenenza.

La liquidazione dei sinistri relativi ai soli tickets di importo inferiore a € **51,65** viene effettuata a fine anno assicurativo.

La stessa penale di cui al primo comma è applicata, a favore dell'Organismo Inferenti, in caso di ritardo della comunicazione dei dati analitici e dei riepiloghi trimestrali di cui al precedente art. 12. Tutta la documentazione inerente ai rimborsi, ad eccezione di quella di cui all'art. 3.5, dovrà pervenire, da parte degli **assicurati**, direttamente alla **Società** Blue Assistance, Società controllata ai sensi dell'art. 2359 cc dalla Società Reale Mutua di Assicurazioni, presso il Centro raccolta sinistri in Corso Svizzera, **185 10149 TORINO**, numero telefonico **011-7417298** - fax **011-7417701**, orario Call Center dal Lunedì al Venerdì dalle ore **08,00** alle ore **18,00**, il sabato dalle ore **08,00** alle ore **12,00**.

Nel caso in cui la documentazione presentata non fosse completa, la **Società** dovrà comunicare immediatamente all'assicurato e comunque entro **30** giorni dalla data di ricezione della denuncia di sinistro la documentazione mancante per ogni singolo sinistro. I **30** giorni necessari per il rimborso decorreranno dalla nuova data di ricevimento della documentazione completa.

La raccolta dei sinistri di cui all'art. 3.5 verrà effettuata presso l'Organismo Inferenti - INPS via Ciriaco De Mita, 21 00144 ROMA.

La **Società** si impegna a ritirare direttamente o tramite corriere da essa inviato ogni tre mesi le richieste di cui all'art. 3.5 pervenute all'Organismo Inferenti

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

ART. 14 CONTROVERSIE.

Al fine della composizione preventiva delle controversie è istituita una Commissione paritetica costituita da tre rappresentanti dell'Organismo Inferenti e tre rappresentanti della Società, che si riunirà ogni tre mesi per dirimere eventuali problemi interpretativi ovvero specifici casi su richiesta dei singoli assicurati.

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi e delle indennità, la Società e l'Assicurato si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominali uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Tale sede è individuata nel comune più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato che sia sede di Istituto o cattedra universitaria di Medicina Legale e delle Assicurazioni. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuente per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. Salvo tutto quanto previsto dai precedenti capoversi per ogni controversia - diversa da quelle previste dal presente articolo - insorta tra la Società e l'Assicurato o tra la Società e gli Enti Contraenti, le parti si obbligano a far decidere la controversia da un Collegio Arbitrale.

Tale Collegio è formato da tre arbitri, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo dalle parti con funzioni di Presidente.

In caso di mancato accordo sulla nomina del Presidente, questo è nominato dal Presidente del tribunale di Roma.

Il Collegio arbitrale deve riunirsi e deliberare presso la Sede dell'Organismo Interenti. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il Presidente del collegio arbitrale contribuendo per metà delle spese.

Le decisioni del Collegio arbitrale sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge, sono redatte per iscritto, sono obbligatorie per le parti, anche se uno degli arbitri si rifiuta di firmare il relativo verbale e devono essere depositate presso la sede dell'Organismo Inferenti. Per quanto non previsto dal presente articolo, si applicano le norme previste in materia di arbitrato dal vigente codice di procedura civile.

ART 15 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DELLA SOCIETÀ, DEGLI ENTI CONTRAENTI E DELL'ASSICURATO.

Tutte le comunicazioni, alle quali la **Società**, gli Enti Contraenti e l'Assicurato sono tenuti, devono essere effettuate in forma scritta o con supporto informatico.

ART 16 COMPETENZA TERRITORIALE

Per ogni controversia giudiziaria è esclusivamente competente il foro di Roma.

ART 17 TASSE E IMPOSTE.

Eventuali aumenti delle imposte relative al **premio** stabiliti per legge saranno calcolati nel **premio** dell'anno successivo.

ART 18 ANTICIPI INDENNIZZI.

Nei casi di ricovero previsti al punto 3.1 lettera E) e limitatamente ai grandi interventi chirurgici per i quali **l'Istituto di cura** richieda il pagamento di un anticipo la **Società** anticiperà la somma nella misura del **100%** dell'importo richiesto previa deduzione della **franchigia** e dietro presentazione del preventivo di spesa e di tutta la documentazione eventualmente a supporto da parte **dell'Istituto di cura** firmata dal Direttore Sanitario.

L'anticipo sarà erogato direttamente **all'Istituto di cura**.

ART 19 CONVENZIONAMENTO E PAGAMENTO DIRETTO.

La rete di convenzionamento della **Società** con Cliniche o Istituti di cura pubblici o privati deve consentire a pagamento diretto. Il pagamento diretto è soggetto alle procedure predisposte dalla **Società**, tendenti ad accertare il diritto alla prestazione richiesta.

ART 20 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA.

La **Società** rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art 1916 del Codice Civile.

ART 21 MALATTIE PREGRESSE, CRONICHE E RECIDIVANTI.

Sono incluse nell'assicurazione le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della **polizza**, nonché le malattie croniche e recidivanti.

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

CRANIO

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

FACCIA e BOCCA

- operazioni demorrrtrici per tumore del massiccio facciale con svuotamento orbitario;
- paratidectomia totale con preparazione del nervo facciale.

COLLO

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne (paratidectomia totale).
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- Tirectomia per via cervicale

TORACE

- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fisole brachiali - cutanee
- Pneumonectomia
- Pleuropneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezioni segmentane e lobotomia
- Timectomia per via toracica
- Toracoplastica totale
- Toracectomia ampia

ESOFAGO

- Esofagoplastica
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Operazione sull'esofago per stenosi benigne
- Idem per tumori, resezioni parziali basse
- Idem per tumori, resezioni parziali alte
- Idem per tumori, resezioni parziali totali
- Reintervento per megaesofago
- Resezione dell'esofago cervicale

STOMACO DUODENO

- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Gastroectomia totale da neoplasie maligne
- Resezione gastrica da neoplasie maligne ,
- Resezione gastro-digiunale per ulcere peptica post-anastometica

INTESTINO

- Colectomia totale
- Resezione ileo-cecale. con linfadenectomia

RETTO-ANO

- Amputazione del retto per via addomino-perianafe in un tempo
- Idem per via addomino-perianale: in più tempi
- Resezione anteriore retto-colica

ERNIE

- Intervento iatale con funduplicatio

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

-

FEGATO e VIE BILIARI

- Epatotomia e coledochotomia
- interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Papillotomia per via transduodenale
- Resezione epatica
- Deconnessione azygos-portale per via addominale

PANCREAS MILZA

- Anastomosi mesenterica-cava
- Anastomosi porto cava e spleno-renale
- interventi-demolitivi del pancreas:
 - A) totale o della testa
 - B) della coda
- Interventi per necrosi acuto del pancreas
- interventi per cisti o pseudocisti:
 - A) enucleazioni delle cisti
 - B) ma rsiptalizz azione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Splenectomia

CARDIOCHIRURGIA

- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
- Bypass aorte-coronarico
- Commissurotomia (per stenosi mitralica)
- Correzione di coartazione-aortica
- Derivazioni aorto-polmonari
- Intervento a cuore aperto
- Interventi per corpi estranei del cuore
- interventi per fistole atero-venose del polmone
- Legatura e resezione dei dotto Botallo Operazioni per embolia dell'arteria polmonare
- Pericardiectomia parziale o totale
- Sutura del cuore per ferite
- Trapianto cardiaco

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche di aneurismi e per correzione di altre condizioni patologiche
- Emisferectomia
- Interventi per derivazioni fi qu ora le diretta ed indiretta
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordolo mi e, radiocotomie e altre affezioni dei meingomidollari
- Interventi per epilessia focale
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Operazioni endocraniche per ascesso intracranico
- Operazioni per encefalo-meningocele
- Talamotomia - pallidotomia ed altri interventi similari.

-

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

SIMPATICO e VAGO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi spi acni ci
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi delle arterie carotidi, vertebrale, succlavia, tronco branchio-cefaifco, iliache
- Operazioni sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Disatri col azione interscapolo toracica
- Emipetvectomia
- Artoprotesi di anca
- Artoprotesi di ginocchio
- Artoprotesi del gomito
- Endoprotesi di Thompson
- Protesi di spalla e gomito
- Protesi di polso
- Protesi di ginocchio

UROLOGIA

- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Nefroureterectomia totale (taglio allargato)
- Ureterocutaneostomia bilaterale
- Uretero-8eo-an astom osi
- Ureterocutaneostomia bilaterale
- U retersi gmoidosto mi a unilaterali o bilaterali
- Ureterocjstoneostomia unilaterale o bilaterale
- Cistectomla parziale semplice
- Cisteprostatovescicolectomia totale o (uteroanniessectomia con ureterosjgmoi destomi a) con o senza neovescica rettale
- Fistola vescico-intestinale
- Ileo o colo-crtoplastica
- Divertici ectomia con ureteroctstooneostomia
- Fistole vescico-vagmale (vedi anche apparato genitale)
- Estrofia della vescica e derivazione Prostatectomia totale per k
- Trapianto renale

APPARATO GENITALE (maschile e femminile)

- Emascu lato totale
- O rch i e et o mia "allargata per tumore
- Orchiectomia allargata per linfectomia retro peritoneale
- Creazione operativa di vagina artificiale (da sigma)
- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale
- Cura chirurgica di fistola retto-vaginale
- Cura chirurgica di fistola uretorale
- Panistectomia radicale per tumori maligni, pervia addominale
- Panistectomia radicale per via vaginale
- Vutvectomy totale

OCULISTICA

- Trapianto corneale a tutto spessore
- Trabeculectomia
- Trattamento laser per neo formazioni iridee

OTORINOLARINGOIATRIA

- Ectomia di neoplasia del padiglione
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Asportazione di tumori dell'orecchio medio
- Asportazione di tumori e colesteatomi della roccia petrosa
- Asportazione di tumori maligni del naso e dei seni
- Tumori parafaringei
- Tumori maligni di altre sedi (tonsille, ecc.)
- Tumori maligni di altre sedi con svuotamento taterocervicale
- Laringectomia sopraglottica
- Laringectomia totale
- Laringectomia ricostruttiva
- Laringectomia

CHIRURGIA PEDIATRICA

Operazioni pediatriche tipiche:

- Atresia congenita dell'esofago
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-peritale
- Atresia dell'ano semplice : abbassamento ad domino-perineale
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Cranio bifido con meningoencefalocelo
- Ernia diaframmatica
- Fistola congenita dell'esofago
- idrocefalo ipertensivo
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Occlusione intestinale del neonato : .
 - A) ileo meconiale
 - B) resezione con anastomosi primitiva
- Polmone cistico e policistico (lobectomia pneumonectomia)
- Spina bifida : meningocele o mielomeningocele
- Torace ad imbuto e torace carenato
- Megauretere:
 - A) resezione con reimpianto

ALLEGATO D

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

- B) **resezione con sostituzione di ansa intestinale**
- **Megacolon**

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

**APPENDICE AGLI SCHEMI DI POLIZZA DI CUI AGLI
ALLEGATI A- B-C**

**DETERMINAZIONE DEL PREMIO PER I DIPENDENTI DI
INPS, INAIL, INPDAP ED ACI ED IL LORO NUCLEO
FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO.**

N.B.

La polizza è estesa alle stesse condizioni derivanti dall'aggiudicazione della gara ai dipendenti degli Enti pubblici coperti dalla vigente Polizza assicurativa ex art. 46 CCNU1995 nonché degli altri Enti egualmente rientranti nella normativa di cui all'art 46 del CCNL/1995 che vorranno aderirvi, per un numero complessivo non superiore al 30% della totalità dei dipendenti INPS, INAIL, INPDAP ed ACI e loro familiari fiscalmente a carico a seguito di adesione alla polizza da parte degli stessi Enti.

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

SOMMARIO

ART. 1 - AMMONTARE DEL PREMIO PER DIPENDENTI E LORO *NUCLEO FAMILIARE*.

ART. 2 - IMPOSTE, DIRITTI ED ACCESSORI

ART. 3 - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

ART. 4 - RITARDATO PAGAMENTO DEL PREMIO

ART. 5 - ESTENSIONE AI DIPENDENTI DI ALTRI ENTI PUBBLICI COPERTI DALLA VIGENTE *POLIZZA ASSICURATIVA* EX ART. 46 DEL CCNL/1995 NONCHÉ DEGLI ALTRI ENTI PREVISTI NEL BANDO DI GARA E LORO FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO

ART 1 AMMONTARE DEL PREMIO PER I DIPENDENTI E LORO NUCLEO FAMILIARE.

L'ammontare del **premio** per la copertura di premorienza le cui condizioni sono riportate nell'ALLEGATO A e per la copertura sanitaria per i dipendenti di INPS, INAIL, INPDAP ed ACI e loro **nucleo familiare** fiscalmente a carico le cui condizioni sono riportate nell'ALLEGATO B, è determinato complessivamente nella misura annua di € 306,45 per ogni nucleo assicurato. A tal fine si assume quale numero medio dei familiari fiscalmente a carico quello indicativamente stabilito nel bando di gara, e cioè 1,2 per dipendente.

I premi successivi sono sempre riferiti ad una annualità e la loro misura per garantire le prestazioni di cui all'Allegato A e Allegato B resterà invariata fino alla scadenza del contratto fissata alle ore 24,00 del 31/07/2008 o alla successiva data nel caso di prosecuzione del servizio ai sensi dell'art. 7 del D.lgs. n.157/1995.

L'ammontare del **premio**, in caso di inclusione di un nuovo Assicurato e del suo **nucleo familiare** fiscalmente a carico, viene determinato con il metodo del pro-rata riproporzionando il **premio** previsto per l'annualità intera sulla base del periodo di copertura effettivo.

ART 2 IMPOSTE, DIRITTI ED ACCESSORI.

I **premi** indicati nel precedente art.1 devono intendersi già comprensivi di imposte, diritti e accessori.

ART 3 MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

Nel caso di mancato pagamento del **premio** la copertura assicurativa viene immediatamente sospesa e la **Società** ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ad esigere i premi scaduti o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

ART. 4 RITARDATO PAGAMENTO DEL PREMIO.

La copertura di cui agli Allegati A e B decorre dalle ore 00,00 del 01/08/2006, purché il relativo premio venga corrisposto entro il 16/08/2006.

Per le rate successive alla prima è concesso un termine di rispetto di 15 giorni trascorso il quale l'assicurazione verrà sospesa e rientrerà in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, ferma restando la scadenza stabilita.

Trascorsi i termini di cui sopra, la Società ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione degli specifici contratti fermo il diritto ad esigere i premi scaduti o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

ART. 4 ESTENSIONE AI DIPENDENTI DEGLI ENTI PUBBLICI COPERTI DALLA VIGENTE POLIZZA ASSICURATIVA EX ART. 46 DEL CCNL1995 NONCHÉ DEGLI ALTRI ENTI CHE VORRANNO ADERIRVI E LORO FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO.

A seguito di adesione alla **polizza** da parte degli Enti pubblici coperti dalla vigente **polizza** assicurativa ex art. 46 del CCNL/1995 nonché degli altri Enti previsti nel bando di gara e loro familiari fiscalmente a carico, per la determinazione dell'ammontare del **premio** per i relativi dipendenti e loro **nucleo familiare** fiscalmente a carico, si applicano integralmente le disposizioni di cui all'art 1, fatta salva la facoltà degli Enti di aderire pagando il **premio** per i propri dipendenti esclusivamente per la copertura della premorienza e dell'assistenza sanitaria pura, con esclusione della quota destinata all'assistenza sanitaria a riparto.

IL CONTRAENTE
