

CONVENZIONE CONTENENTE LE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE PER ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Tra

Agenzia regionale Intercent-ER (c.f.91252510374) con sede legale in Bologna, V.le Aldo Moro, 38, in persona del Direttore e legale rappresentante Dott.ssa Anna Fiorenza nata a Potenza il 01/11/1951

e

UNASALUTE S.p.A. (c.f.03843680376) con sede legale in Bologna, Via del Gomito,1, ivi domiciliata ai fini del presente atto, in persona della Dott.ssa Fiammetta Fabris, nata a Porretta Terme (BO), il 17/05/1957, residente a San Giorgio di Piano (BO), Via G. Masina, 5, procuratore, giusti i poteri alla stessa conferiti con Procura Speciale del 3 maggio 2001, redatta dal Notaio Vetromile di Bologna, Rep. 80716, Racc. 18629

Premesso:

- a) che Intercent-er ha ricevuto dal Gruppo d'acquisto costituito da Regione Emilia-Romagna, ARSTUD di Bologna, ADSU di Parma, ARDSU di Ferrara, ARESTUD di Modena e Reggio Emilia, Consorzio Fitosanitario provinciale di Piacenza (lettera del Direttore Generale Organizzazione Sistemi Informativi e Telematica prot. N. PG/06/1010314 del 20/04/06) l'incarico di procedere all'indizione di una gara centralizzata per la stipula di una convenzione contenente le condizioni generali di assicurazione per assistenza sanitaria integrativa, riferita ad un numero complessivo di 2681 dipendenti.
- b) che la Agenzia, nel rispetto dei principi in materia di scelta del contraente, ha ravvisato la necessità di procedere, ed infatti ha proceduto, all'individuazione dell'aggiudicatario per la fornitura del servizio, mediante procedura ad evidenza pubblica di cui al Bando di gara inviato alla G.U.C.E. in data 12/05/2006;
- c) che l'obbligo dell'Aggiudicatario di prestare quanto oggetto della presente Convenzione sussiste fino alla concorrenza del quantitativo massimo stabilito, ai prezzi unitari, alle condizioni, alle modalità ed ai termini tutti ivi contenuti. L'Aggiudicatario si obbliga, inoltre, ad accettare l'eventuale possibilità di estensione del piano sanitario, alle medesime condizioni economiche e normative previste dalla presente Convenzione, ai dipendenti delle Amministrazioni riunite in Gruppo d'Acquisto, assunti con contratti diversi da quello a tempo indeterminato.
- d) che le parti, componenti del Gruppo d'Acquisto costituito come al punto a), da una parte, e l'Aggiudicatario, dall'altra, concludono singoli contratti di fornitura del servizio di durata biennale attraverso l'emissione degli Ordinativi di Fornitura (**i.e. contratti**) nei quali verrà indicato l'esatto numero di dipendenti per cui si chiede l'attivazione del piano sanitario
- e) che l'Aggiudicatario dichiara che quanto risulta dalla presente Convenzione, dal Bando di gara e dal Disciplinare di gara e dagli allegati, definisce in modo adeguato e completo l'oggetto delle prestazioni da fornire e, in ogni caso, ha potuto acquisire tutti gli elementi per una idonea valutazione tecnica ed economica delle stesse e per la formulazione dell'offerta;
- f) che L'Aggiudicatario ha presentato la documentazione richiesta ai fini della stipula della presente Convenzione che, anche se non materialmente allegata al presente Atto, ne forma parte integrante e sostanziale;

- g) che la presente Convenzione non è fonte di obbligazione per la Agenzia nei confronti dell'Aggiudicatario, rappresentando in ogni caso la medesima Convenzione le condizioni generali dei contratti conclusi dalle singole Amministrazioni componenti del gruppo d'acquisto costituito come al punto a), con l'emissione dei relativi Ordinativi di Fornitura i quali, nei limiti ivi previsti, saranno per ciascuna delle stesse fonte di obbligazione.

***Ciò premesso, tra le parti come in epigrafe rappresentate e domiciliate
SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE***

Art. 1

Valore delle premesse e degli allegati

Le premesse di cui sopra, gli Atti e i documenti richiamati nelle medesime premesse e nella restante parte del presente Atto, ancorché non materialmente allegati, costituiscono parte integrante e sostanziale della Convenzione.

Costituiscono, altresì, parte integrante e sostanziale della Convenzione, l'Offerta Tecnica del Fornitore, la documentazione di Gara, l'Offerta Economica del Fornitore.

Art. 2

Assicurati

Con l'emissione degli ordinativi di fornitura le Amministrazioni costituite in Gruppo d'acquisto aderiranno alla presente convenzione indicando lo specifico numero di dipendenti che intendono assicurare.

La Compagnia assicuratrice, attraverso apposita Cassa di assistenza sanitaria, emetterà nei confronti di ciascuna delle Amministrazioni costituite in Gruppo d'acquisto, il piano sanitario riferito allo specifico numero di dipendenti assicurati, con il calcolo del relativo premio.

La Convenzione contiene quindi le condizioni generali di assicurazione per i dipendenti di: Regione Emilia-Romagna, ARSTUD di Bologna, ADSU di Parma, ARDSU di Ferrara, ARESTUD di Modena e Reggio Emilia, Consorzio Fitosanitario provinciale di Piacenza.

Con il pagamento di un premio aggiuntivo da parte dei dipendenti assicurati, è prevista la facoltà di estendere la copertura assicurativa anche al coniuge o al convivente "more uxorio" ed ai figli, purché risultino dallo stato di famiglia.

Con il pagamento di un premio aggiuntivo da parte dei dipendenti assicurati, è previsto l'ampliamento della garanzia base con l'acquisizione delle "Garanzie aggiuntive", ciò per il solo dipendente o per il dipendente ed il relativo nucleo familiare.

L'estensione delle "Garanzie aggiuntive" al nucleo familiare può essere effettuata a condizione che venga inserito il nucleo familiare nella "Garanzia base".

Art. 3

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è operante in caso di malattia ed infortunio, purché occorso durante l'operatività del contratto o nei dodici mesi precedenti, per le seguenti prestazioni:

1 Garanzia Base:

1.1 grandi interventi;

1.2 indennità sostitutiva grandi interventi;

1.3 indennità di ricovero nel caso di ricovero per intervento non grande o senza intervento chirurgico compreso il parto;

1.4 indennità di convalescenza;

- 1.5 indennità di ingessatura;
- 1.6 malattie oncologiche;
- 1.7 alta specializzazione extraricovero;
- 1.8 diagnosi comparativa/ricerca dello specialista più competente;
- 1.9 servizi di consulenza.

2 Garanzie Aggiuntive:

- 1.1 Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;
- 1.2 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;
- 1.3 Interventi chirurgici odontoiatrici.

1 GARANZIA BASE

1.1 GRANDI INTERVENTI

Ricovero a seguito di un “Grande Intervento Chirurgico”, intendendosi per tali quelli di cui all'allegato 1.

Con ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'Assicurato venga ricoverato per effettuare un Grande Intervento, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero (*): Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Tali prestazioni sono garantite in forma rimborsuale.

Intervento chirurgico (*): Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi

Assistenza medica, medicinali, cure (*): Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

Rette di degenza: Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Compagnia assicuratrice, la garanzia è prestata nel limite di Euro 210,00 al giorno.

Accompagnatore: Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura. Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Compagnia assicuratrice, la garanzia è prestata nel limite di Euro 55,00 al giorno, per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Assistenza infermieristica: Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di Euro 55,00 al giorno per un massimo di 30 gg. per ricovero

Post-ricovero (*): Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura

In caso di ricovero in strutture convenzionate, la Compagnia assicuratrice liquida direttamente le spese delle prestazioni con il limite del massimale assicurato, ad

eccezione dei limiti previsti in polizza ai punti: assistenza infermieristica privata, trasporto sanitario, rimpatrio della salma.

In caso di ricovero in strutture non convenzionate con la Compagnia assicuratrice, le prestazioni contrassegnate con (*) vengono rimborsate lasciando una quota del 20% a carico del cliente con il minimo non indennizzabile di Euro 500,00 e il massimo non indennizzabile di Euro 2.600,00.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale dalla Compagnia assicuratrice con l'applicazione dello scoperto o del minimo non indennizzabile sopra citati.

Qualora il ricovero avvenisse in un struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia assicuratrice rimborsa le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ed esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento) rimasti a suo carico. In questo caso, però, l'assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva grandi interventi (1.2).

Massimale dell'area ricovero

In termini assicurativi con *massimale* si intende una cifra oltre la quale il prodotto assicurativo o una sua parte non possono rimborsare.

La Convenzione prevede quindi un massimale, per l'area ricovero, che ammonta a Euro 200.000,00 per anno assicurativo/nucleo. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta da un componente del nucleo o dalle spese effettuate per più componenti, non vi è più la possibilità di avere le prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo e con il nuovo pagamento di premio, per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

Trasporto sanitario

La Compagnia assicuratrice rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile, con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro in Italia ed all'estero con il massimo di Euro 2.000,00 per ricovero.

Trapianti

La Compagnia assicuratrice rimborsa le spese di trapianto ed espianto di tutti gli organi o parte di essi incluso il midollo osseo, in conseguenza di malattia o infortunio, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore e per il trasporto dell'organo.

Nel caso di donazione da vivente, vengono rimborsate le spese sostenute durante il ricovero relativamente al donatore per accertamenti diagnostici, assistenza medico-infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Compagnia assicuratrice rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di Euro 2.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

1.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA GRANDI INTERVENTI

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Compagnia assicuratrice per le spese sostenute durante il ricovero, avrà diritto a un'indennità di Euro 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'indennità per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

1.3 INDENNITÀ DI RICOVERO NEL CASO DI RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO NON GRANDE O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO COMPRESO IL PARTO

Nell'eventualità di un ricovero per intervento chirurgico non grande o senza intervento chirurgico, verrà corrisposta un'indennità giornaliera di Euro 55,00 per un massimo di 90 gg. per ricovero.

1.4 INDENNITÀ DI CONVALESCENZA

L'assicurato, in caso di ricovero, avrà diritto a un'indennità di Euro 55,00 per un numero massimo di giorni pari a quello del ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per sinistro.

La convalescenza deve essere prescritta dall'Istituto di Cura all'atto delle dimissioni o, in un momento immediatamente successivo alle dimissioni, dal medico curante.

1.5 INDENNITÀ DI INGESSATURA

La Compagnia assicuratrice corrisponde un'indennità giornaliera di €55,00 nel caso di applicazione di ingessatura in seguito a infortunio per un periodo non superiore a 30 giorni per anno assicurativo.

L'applicazione dell'ingessatura deve essere certificata mediante idonea documentazione di un Pronto Soccorso o di altro centro medico da cui risulti la lesione subita dall'Assicurato e la data di apposizione; la data di rimozione deve essere altresì attestata da apposita documentazione medica.

1.6 MALATTIE ONCOLOGICHE

Area Ricovero

Nel caso di malattie oncologiche, la Compagnia assicuratrice rimborsa le spese sanitarie ospedaliere ed extraospedaliere conseguenti alla patologia stessa.

Modalità di erogazione delle prestazioni relative alle malattie oncologiche

In strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia assicuratrice

Pagamento diretto da parte della Compagnia assicuratrice alla casa di cura per le prestazioni erogate senza applicazione di franchigie o scoperti.

In strutture sanitarie private non convenzionate con Compagnia assicuratrice

Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo non indennizzabile di €500,00. Per ogni ricovero.

In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in caso di ricovero a carico del S.S.N.

Rimborso delle eccedenze di spese nel limite dei massimali assicurati.

Accertamenti diagnostici oncologici

Sono inoltre comprese nella garanzia gli accertamenti diagnostici conseguenti alla patologia oncologica.

Modalità di erogazione degli accertamenti diagnostici oncologici

In strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia assicuratrice

Pagamento diretto da parte della Compagnia assicuratrice alla casa di cura per le prestazioni erogate senza applicazione di franchigie o scoperti.

In strutture sanitarie private non convenzionate con la Compagnia assicuratrice

Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo non indennizzabile di €50,00 per ogni accertamento.

In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate

Rimborso delle eccedenze di spese nel limite dei massimali assicurati.

Il massimale annuo assicurato per le garanzie sopra indicate corrisponde a €13.000,00 per persona e/o per nucleo familiare.

Visite specialistiche cardiologiche ed oncologiche

La Compagnia assicuratrice provvede inoltre al pagamento delle spese per visite specialistiche cardiologiche ed oncologiche.

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

Relativamente a tali visite i documenti di spesa devono riportare l'indicazione della specialità del medico, la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Le visite devono essere richieste con prescrizione del medico ASL.

Modalità di erogazione delle visite cardiologiche ed oncologiche

In strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia assicuratrice

Pagamento diretto da parte della Compagnia assicuratrice alla struttura per le prestazioni erogate all'Assicurato dalla struttura sanitaria.

In strutture sanitarie private non convenzionate con Compagnia assicuratrice

Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo non indennizzabile di €60 per ogni visita.

In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate

Rimborso integrale dei ticket sanitari nel limite del massimale assicurato

Massimale annuo assicurato €4.000,00 per persona e/o per nucleo familiare.

1.7 ALTA SPECIALIZZAZIONE EXTRARICOVERO

Con il termine "alta specializzazione", la Compagnia assicuratrice intende una serie di accertamenti e di terapie generalmente piuttosto costosi, in quanto effettuati con macchinari altamente sofisticati. Queste prestazioni sono elencate nella tabella successiva:

<p>Alta diagnostica radiologica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angiografia - Artrografia - Broncografia - Cisternografia - Cistografia - Clisma opaco - Colangiografia - Colangiografia percutanea - Colecistografia - Dacriocistografia - Defecografia - Discografia - Fistelografia - Flebografia - Fluorangiografia - Galattografia - Isterosalpingografia - Linfografia - Mammografia - Mielografia 	<ul style="list-style-type: none"> - Pneumoencefalografia - Retinografia - Rx esofago, Rx tubo digerente - Scialografia - Splenoportografia - Tomografia torace, Tomografia in genere, - Tomografia logge renali, Tomoxerografia - Urografia - Vesciculodeferentografia <ul style="list-style-type: none"> - Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) - Risonanza Magnetica Nucleare - Scintigrafia - Elettromiografia - Dialisi - Chemioterapia - Cobaltoterapia - Laserterapia a scopo fisioterapico
---	---

Modalità di erogazione delle prestazioni di alta specializzazione

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate, le spese per prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia assicuratrice alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Il cliente dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la presunta patologia o la patologia già accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Compagnia assicuratrice, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% con il minimo non indennizzabile di € 35,00 per ogni prestazione. Per ottenere il rimborso da parte di Compagnia assicuratrice, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la presunta patologia o la patologia già accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia assicuratrice rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. In questo caso, visto che generalmente l'impegnativa del medico di base viene ritirata all'atto della prenotazione, è sufficiente inviare, insieme al ticket da rimborsare, la fotocopia dell'impegnativa stessa.

Massimale annuo dell'alta specializzazione

La disponibilità annua per la garanzia alta specializzazione per persona e per nucleo familiare è di €10.000,00.

Nell'ambito del massimale sopra indicato è previsto un sotto massimale di €400,00 per le ecografie. Questa prestazione viene fornita solo ed esclusivamente in forma rimborsale e prevede una franchigia di €30,00 per ecografia. Relativamente alla sola mammografia, la prestazione viene garantita anche in assenza di prescrizione medica.

1.8 DIAGNOSI COMPARATIVA / RICERCA DELLO SPECIALISTA PIÙ COMPETENTE

Qualora all'Assicurato venga diagnosticata una delle seguenti patologie:

- Morbo di Alzheimer
- AIDS
- Cecità
- Malattie neoplastiche maligne
- Problemi cardiovascolari
- Sordità
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianti degli organi vitali
- Patologie neuromotorie
- Sclerosi Multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Ictus
- Coma

potrà essere richiesto dall'Assicurato un riesame del caso mediante l'invio alla Compagnia assicuratrice di tutta la documentazione medica necessaria.

La Compagnia assicuratrice provvederà attraverso una rete di consulenti medici specializzati nelle patologie sopraindicate, a livello mondiale, ad ottenere una nuova valutazione medica e a trasmetterla all'Assicurato.

Per l'attivazione del servizio la Compagnia assicuratrice mette a disposizione un numero verde.

Entro 15 giorni dall'invio della documentazione medica necessaria, la Compagnia assicuratrice provvederà ad inoltrare all'Assicurato la diagnosi comparativa contenente i nomi di almeno due degli specialisti consultati e le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia; la Compagnia assicuratrice fornisce inoltre la consulenza necessaria per fissare un appuntamento con il medico individuato.

Per i clienti che intendano entrare in contatto con medici all'estero, la Compagnia assicuratrice mette a disposizione la propria centrale operativa per organizzare la degenza nell'ospedale, la sistemazione alberghiera, il viaggio e garantire eventualmente la presenza di un interprete.

1.9 SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

Per l'attivazione dei seguenti servizi di consulenza, la Compagnia assicuratrice mette a disposizione un numero verde:

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Compagnia assicuratrice attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

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

– farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici immediati

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

2 GARANZIE AGGIUNTIVE

2.1 VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.

Il Piano Sanitario prevede il pagamento delle spese per le *visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici* conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche non rese necessarie da specifiche patologie del bambino (non sono quindi compresi i controlli "routinari" della regolarità della crescita) e delle visite ed accertamenti odontoiatrici ed ortodontici.

Rientrano in garanzia le visite pediatriche effettuate per specifiche patologie del bambino che richiedano l'intervento di uno specialista diverso dal "pediatra di base".

Ovviamente ci deve essere attinenza tra specialista e malattia.

Modalità di erogazione delle visite specialistiche e degli accertamenti diagnostici

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate, le spese per prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia assicuratrice alle strutture stesse senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Compagnia assicuratrice, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% con il minimo non indennizzabile di €35,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Anche in questo caso per ottenere il rimborso da parte della Compagnia assicuratrice, è necessario che l'Assicurato allegghi alla fattura la richiesta del medico curante che attesti la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale la Compagnia assicuratrice rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. In questo caso, visto che generalmente l'impegnativa del medico di base viene ritirata all'atto della prenotazione, è sufficiente inviare, insieme al ticket da rimborsare, la fotocopia dell'impegnativa stessa.

Massimale annuo delle visite specialistiche e degli accertamenti diagnostici

La disponibilità annua per la garanzia "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici", per il singolo dipendente è di € 1.300,00; nel caso in cui venga assicurato anche il nucleo familiare il massimale annuo ammonta ad Euro 1.800,00.

2.2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Nel caso in cui l'assicurato abbia necessità vengono garantiti i seguenti trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un

certificato di pronto soccorso, semprechè siano prescritti da un medico ed effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Prestazioni di fisioterapia

- Kinesiterapia
- Chiropratica
- Ionofresi
- Ultrasuoni
- Radar
- Massoterapia.

Massimale annuo dei trattamenti fisioterapici

La disponibilità annua per la garanzia delle prestazioni fisioterapiche è di €350,00 per il solo dipendente; nel caso in cui venga assicurato anche il nucleo familiare il massimale annuo ammonta ad €500,00.

Le spese sostenute per le prestazioni verranno esclusivamente rimborsate con l'applicazione di una franchigia di €75,00 per ciascuna tipologia di prestazione e per ogni ciclo di terapia.

2.3 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

La Compagnia assicuratrice rimborsa le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari;
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella;
- cisti follicolari;
- cisti radicolari;
- adamantinoma;
- odontoma.

Le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di €2.500,00 per anno assicurativo e per singolo / per nucleo familiare.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o della mascella.

Art.4

Casi di non operatività della copertura assicurativa

La copertura assicurativa, non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di garanzia prevista e non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dall'assicurazione. Questi eventi si possono suddividere in tre categorie:

Esclusioni comuni a tutte le coperture assicurative:

- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento. Ovviamente gli infortuni che derivassero dalla pratica di altri sport o dalla guida di mezzi a motore avvenuti durante la vita di tutti i giorni non farebbero scattare nessuna esclusione;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato, in quanto non viene ritenuto opportuno tutelare azioni delittuose;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra e insurrezioni.

Esclusioni specifiche delle polizze sanitarie:

- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto).
- vengono considerate prestazioni di carattere estetico, quindi come tali non rimborsabili, anche gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- i ricoveri durante i quali vengono effettuati solo accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo.

Esclusioni particolari:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. Con questa esclusione si intendono situazioni quali ad esempio la zoppia o il labbro leporino, o comunque tutti quei casi che risultino deviati dal normale assetto morfologico di un organismo di parte dei suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite o congenite;
- la fecondità assistita e cura della sterilità e gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare, in quanto entrambe vengono considerate correzioni di difetti fisici. Per ciò che riguarda la correzione dei vizi di rifrazione oculare, nei quali si inseriscono gli interventi di correzione della miopia, anche se non risultano in copertura, sarà possibile usufruire di tariffe agevolate concordate con strutture convenzionate con la Compagnia assicuratrice;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.

Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Art.5

Termini di aspettativa

La copertura assicurativa avrà la seguente decorrenza:

GARANZIA BASE PER I DIPENDENTI: avrà effetto dalle ore **24.00** del **30/06/2006** in forma rimborsuale, mentre in forma diretta dall'invio dei nominativi degli assicurati.

GARANZIA AGGIUNTIVA PER I DIPENDENTI E LE COPERTURE PER I FAMILIARI: avranno effetto dalle ore **24.00** del **30/06/2006** in forma rimborsuale, mentre in forma diretta dalla data di ricevimento dei moduli d'adesione.

Art.6

Estensione territoriale

La copertura assicurativa ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

Art.7

Limiti di età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

Art.8

Gestione dei documenti di spesa

La Compagnia assicuratrice dovrà garantire un servizio di conservazione della documentazione di spesa conservando in luogo sicuro tutte le fatture e le ricevute relative agli assicurati.

La documentazione è in ogni caso a disposizione degli assicurati che possono richiederne il tempestivo invio per verifiche fiscali o per eventi di natura particolare.

Art.9

Informative sui rapporti con l'assicurato

Al fine di soddisfare le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli assicurati sullo stato delle loro richieste di rimborso, la Compagnia assicuratrice dovrà provvedere ad inviare nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

MENSILMENTE: un riepilogo delle eventuali richieste di rimborso sospese con l'indicazione della documentazione necessaria al completamento dell'istruttoria della pratica.

TRIMESTRALMENTE: un riepilogo delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate nel corso del trimestre.

ANNUALMENTE: in tempo utile per gli adempimenti di legge (in particolare per la compilazione della dichiarazione dei redditi) un riepilogo di tutti i sinistri denunciati con l'indicazione, per ogni documento di spesa, dell'importo richiesto, di quello rimborsato e dell'eventuale quota rimasta a carico dell'assicurato.

Su detto documento, gli importi residui a carico dell'assicurato e gli eventuali documenti di spesa non liquidati, vengono indicati espressamente come spese detraibili dalla dichiarazione dei redditi.

Art.10

Modalità di estensione e nuovi inserimenti

E' prevista la possibilità da parte degli assicurati di inserire in copertura (con versamento del premio a proprio carico), il coniuge o convivente more uxorio e i figli fiscalmente e non fiscalmente a carico da stato di famiglia.

L'assicurato che decidesse di inserire il proprio nucleo familiare, deve esercitare tale possibilità entro 30 gg. dalla data di decorrenza della copertura assicurativa., compilando e consegnando un apposito modulo di adesione.

Dopo tale data i familiari dei dipendenti già presenti alla data di effetto della polizza non potranno essere più inseriti nella copertura fino alla scadenza del contratto.

Sarà possibile inserire nella copertura, invece, i nuovi nati o i nuovi coniugi o conviventi. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Compagnia assicuratrice dell'apposito modulo di adesione. La garanzia decorrerà dalla data di certificazione della variazione sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno di comunicazione alla Compagnia assicuratrice.

E' prevista la facoltà per gli assicurati di escludere i familiari alla fine di ogni anno assicurativo, ma, in questo caso, non potranno più rientrare in copertura.

L'assicurato che decidesse di aderire alle Garanzie aggiuntive, deve esercitare tale possibilità entro 30 gg. dalla data di decorrenza della copertura assicurativa., compilando e consegnando un apposito modulo di adesione.

Nel caso di nuove assunzioni, la garanzia per il dipendente e i familiari (coniuge o convivente more uxorio e figli da stato di famiglia), decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Compagnia assicuratrice entro 30 giorni; qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Compagnia assicuratrice.

Art.11

Cassa di assistenza sanitaria

Le prestazioni oggetto della presente Convenzione confluiranno all'interno della Cassa di assistenza sanitaria denominata **CASSA DI ASSISTENZA ASSICASSA** con sede in V.le A. Moro,16 Bologna C.F. 92035990370, con la quale le Amministrazioni aderenti al Gruppo d'acquisto dovranno stipulare apposito accordo.

Le relative spese di adesione sono ricomprese nei premi pattuiti in Convenzione.

Art.12

Corrispettivi

I corrispettivi contrattuali dovuti alla Compagnia assicuratrice dalle singole Amministrazioni componenti il Gruppo d'acquisto in forza degli Ordinativi di Fornitura saranno calcolati sulla base dei premi unitari lordi indicati nell'offerta economica presentata ed ai miglioramenti praticati sull'offerta presentata con propria lettera del 29/06/06 , che qui si riportano:

Premio annuo unitario lordo, garanzia base per personale dipendente con contratto a tempo indeterminato delle Amministrazioni riunite in Gruppo d'acquisto	€137,00
Premio annuo unitario lordo, garanzie aggiuntive per personale dipendente con contratto a tempo indeterminato delle Amministrazioni riunite in Gruppo d'acquisto	€ 90,00
Premio annuo, unitario lordo, per estendere la garanzia base al coniuge/convivente	

risultante dallo stato di famiglia del personale assicurato,	€ 120,00
Premio annuo, unitario lordo, per estendere le garanzie aggiuntive al coniuge/convivente risultante dallo stato di famiglia del personale assicurato	€ 65,00
Premio annuo, unitario lordo, per estendere la garanzia base ad ogni figlio risultante dallo stato di famiglia del personale assicurato,	€ 100,00
Premio annuo, unitario lordo per estendere le garanzie aggiuntive ad ogni figlio risultante dallo stato di famiglia del personale assicurato	€ 65,00

Tali corrispettivi si riferiscono alla prestazione dei servizi effettuata a perfetta regola d'arte e nel pieno adempimento delle modalità e delle prescrizioni contrattuali; gli stessi sono dovuti alla Compagnia assicuratrice, attraverso la Cassa di assistenza sanitaria, pertanto, qualsiasi terzo non potrà vantare alcun diritto nei confronti delle Amministrazioni aderenti.

Si precisa che i premi come sopra definiti, sono comprensivi della quota di adesione alla Cassa di assistenza sanitaria citata.

Tutti gli obblighi ed oneri della Compagnia assicuratrice derivanti dall'esecuzione della Convenzione e dei singoli Ordinativi di Fornitura e dall'osservanza di Leggi e regolamenti, nonché dalle disposizioni emanate o che venissero emanate dalle competenti autorità, sono compresi nei premi.

I premi sono stati determinati a proprio rischio dalla Compagnia assicuratrice in base ai propri calcoli, alle proprie indagini, alle proprie stime, e sono, pertanto, fissi ed invariabili indipendentemente da qualsiasi imprevisto o eventualità, facendosi carico la Compagnia assicuratrice di ogni relativo rischio e/o alea.

La Compagnia assicuratrice non potrà vantare diritto ad altri compensi, ovvero ad adeguamenti, revisioni o aumenti dei premi come sopra indicati.

Art.13 Pagamenti

Il pagamento dei corrispettivi contrattuali (premi) di cui al precedente articolo sarà effettuato, con cadenza semestrale, dalle Amministrazioni riunite in Gruppo d'acquisto, alla Cassa di assistenza sanitaria.

Ciascuna delle Amministrazioni riunite in Gruppo d'acquisto che aderiranno alla presente convenzione si impegnano ad effettuare il pagamento dei corrispettivi contrattuali corrispondenti al proprio piano sanitario, con la seguente cadenza:

per il primo anno di durata del contratto dal 30/06/06 al 30/06/07:

primo semestre entro 90 giorni dal 30/06/06

secondo semestre entro 90 giorni dal 01/01/07

per il secondo anno di durata del contratto dal 30/06/07 al 30/06/08:

primo semestre entro 90 giorni dal 30/06/07

secondo semestre entro 90 giorni dal 01/01/08

mediante Bonifico Bancario intestato a Assicassa c/o Unipol Banca SpA, conto corrente n. CC0140002285, ABI: 03127 CAB: 02403 CIN: I.

La Compagnia assicuratrice, sotto la propria esclusiva responsabilità, renderà tempestivamente note le variazioni che si verificassero circa le modalità di accredito di cui sopra; in difetto di tale comunicazione, anche se le variazioni venissero pubblicate nei modi di legge, la Compagnia assicuratrice non potrà sollevare eccezioni in ordine ad eventuali ritardi dei pagamenti, né in ordine ai pagamenti già effettuati.

Resta tuttavia espressamente inteso che in nessun caso, ivi compreso il caso di ritardi nei pagamenti dei corrispettivi dovuti, la Compagnia assicuratrice potrà sospendere il servizio. Qualora la Compagnia assicuratrice si rendesse inadempiente a tale obbligo, l'Ordinativo di Fornitura e/o la Convenzione si potranno risolvere di diritto mediante semplice ed unilaterale dichiarazione da comunicarsi con lettera raccomandata a/r, rispettivamente dalle Amministrazioni Contraenti.

Art.14 **Regolazione del premio**

Non sarà applicata alcuna regolazione dei corrispettivi contrattuali (premi) come in precedenza determinati, nel caso in cui il numero di dipendenti indicato negli ordinativi di fornitura subisca una variazione in aumento o in diminuzione che rientra nel 10% del numero totale di dipendenti assicurati (da arrotondare all'unità). Nel caso di aumenti superiori si applicherà una regolazione in trecentosessantesimi riferita al periodo di effettiva copertura.

Art.15 **Cessazioni**

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

Art.16 **Riservatezza**

La Compagnia assicuratrice ha l'obbligo di mantenere riservati i dati e le informazioni, ivi comprese quelle che transitano per le apparecchiature di elaborazione dati, di cui venga in possesso e, comunque, a conoscenza, di non divulgarli in alcun modo e in qualsiasi forma e di non farne oggetto di utilizzazione a qualsiasi titolo per scopi diversi da quelli strettamente necessari all'esecuzione della Convenzione.

L'obbligo di cui al precedente comma sussiste, altresì, relativamente a tutto il materiale originario o predisposto in esecuzione della Convenzione.

L'obbligo di cui al comma 1 non concerne i dati che siano o divengano di pubblico dominio.

La Compagnia assicuratrice è responsabile per l'esatta osservanza da parte dei propri dipendenti, degli obblighi di segretezza anzidetti.

La Compagnia assicuratrice potrà citare i termini essenziali della Convenzione nei casi in cui fosse condizione necessaria per la partecipazione della Compagnia assicuratrice stessa a gare e appalti, previa comunicazione all'Agenzia delle modalità e dei contenuti di detta citazione.

La Compagnia assicuratrice si impegna, altresì, a rispettare quanto previsto dal D.Lgs.196/2003 e s.m.i. e dai relativi regolamenti di attuazione in materia di riservatezza.

Art.17

Trattamento dei dati personali

Con la sottoscrizione della presente Convenzione, le parti, in relazione ai trattamenti di dati personali effettuati in esecuzione della Convenzione medesima, dichiarano di essersi reciprocamente comunicate tutte le informazioni previste dall'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), ivi comprese quelle relative alle modalità di esercizio dei diritti dell'interessato previste dal Decreto medesimo.

Ai fini della suddetta normativa, le parti dichiarano che i dati personali forniti con il presente Atto sono esatti e corrispondono al vero, esonerandosi reciprocamente da qualsivoglia responsabilità per errori materiali di compilazione ovvero per errori derivanti da una inesatta imputazione dei dati stessi negli archivi elettronici e cartacei, fermi restando i diritti dell'interessato di cui all'art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

I trattamenti di dati personali effettuati in esecuzione della presente Convenzione sono improntati, in particolare, ai principi di correttezza, liceità e trasparenza ed avvengono nel rispetto delle misure di sicurezza di cui agli artt. 31 e ssgg. Del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

Le Amministrazioni riunite in gruppo d'acquisto che aderiranno alla presente convenzione, si riservano di provvedere, in conformità a quanto stabilito dall'art. 29 del D.Lgs. n. 196/2003, alla designazione della Compagnia assicuratrice. Quale Responsabile esterna dei trattamenti di dati personali di cui ciascuna delle predette Amministrazioni risulta Titolare.

Art.18

Cauzione definitiva

Con la stipula della Convenzione ed a garanzia degli obblighi assunti con il perfezionamento dei singoli Ordinativi di fornitura, la Compagnia assicuratrice è tenuta a costituire entro 15 (quindici) giorni dalla comunicazione di aggiudicazione provvisoria, pena la revoca dell'aggiudicazione stessa, una cauzione definitiva in favore della Agenzia di importo pari al 5% (cinque per cento) del valore del servizio (al netto degli oneri fiscali). Tale cauzione dovrà essere vincolata per tutta la durata della Convenzione e comunque di tutti gli ordinativi di fornitura da essa derivanti.

In caso di risoluzione del contratto, la cauzione definitiva verrà ripartita in modo proporzionale sulla base degli Ordinativi di Fornitura in corso emessi dalle singole Amministrazioni.

Tale cauzione definitiva potrà essere prestata:

- in contanti, con assegno circolare o in titoli di Stato depositati presso il Tesoriere della Agenzia, ovvero
- mediante fidejussione bancaria o polizza assicurativa alle seguenti necessarie condizioni: sottoscrizione autenticata da notaio, essere incondizionata e irrevocabile, prevedere la clausola cosiddetta di "pagamento a semplice richiesta", obbligandosi il fideiussore, su semplice richiesta scritta della Agenzia, ad effettuare il versamento della somma richiesta anche in caso d'opposizione del soggetto aggiudicatario ovvero di terzi aventi causa, prevedere espressamente la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore principale, in deroga al disposto di cui all'art.1944, comma 2 Cod. Civ., avere copertura anche per il recupero delle penali contrattuali.

La cauzione definitiva si intende estesa a tutti gli accessori del debito principale, ed è prestata a garanzia dell'esatto e corretto adempimento di tutte le obbligazioni della Compagnia assicuratrice, anche future ai sensi e per gli effetti dell'art.1938 Cod. Civ., nascenti dall'esecuzione dei singoli Ordinativi di Fornitura ricevuti.

In particolare, la cauzione rilasciata garantisce tutti gli obblighi specifici assunti dalla Compagnia assicuratrice. La garanzia prestata opera nei confronti delle Amministrazioni Contraenti a far data dalla ricezione dei relativi Ordinativi di Fornitura e nei limiti degli importi negli stessi previsti.

La garanzia opera per tutta la durata dei singoli Ordinativi di Fornitura, e, comunque, sino alla completa ed esatta esecuzione delle obbligazioni nascenti dai predetti Ordinativi e dalla Convenzione; pertanto, la garanzia sarà svincolata, previa deduzione di eventuali crediti, per quanto di ragione, verso la Compagnia assicuratrice, a seguito della piena ed esatta esecuzione delle obbligazioni contrattuali.

In ogni caso il garante sarà liberato dalla garanzia prestata solo previo consenso espresso in forma scritta dalla Agenzia.

Qualora l'ammontare della cauzione definitiva dovesse ridursi la Compagnia assicuratrice dovrà provvedere al reintegro entro il termine di 30 (trenta) giorni dal ricevimento della relativa richiesta effettuata da parte dell' Agenzia.

In caso di inadempimento delle obbligazioni previste nel presente articolo le singole Amministrazioni Contraenti hanno facoltà di dichiarare risolto il rispettivo Ordinativo di Fornitura.

Art.19

Trasparenza dei prezzi

Le Parti espressamente ed irrevocabilmente:

dichiarano che non vi è stata alcuna mediazione o altra opera di terzi per la conclusione del presente atto;

dichiarano altresì di non avere corrisposto né promesso di corrispondere ad alcuno direttamente o attraverso imprese collegate somme e/o altri corrispettivi a titolo di intermediazione o simili e comunque volte a facilitare la conclusione della presente convenzione.

Nel caso in cui risultasse non conforme al vero anche una sola delle dichiarazioni rese ai sensi del punto precedente ovvero le parti non rispettassero gli impegni e gli obblighi ivi assunti nel periodo di validità del presente Atto lo stesso si intenderà risolto ai sensi e per gli effetti dell'art 1456 del CC per fatto e per colpa delle Parti medesime.

Art.20

Foro competente

La definizione delle controversie in ordine alla validità, interpretazione, esecuzione e risoluzione della presente Convenzione e dei singoli Ordinativi di Fornitura, nonché in ogni caso e comunque relative ai rapporti tra la Compagnia assicuratrice e le Amministrazioni Contraenti, è inderogabilmente devoluta al Foro di Bologna.

Art.21

Oneri fiscali e spese contrattuali

La presente convenzione verrà stipulata come scrittura privata autenticata, sono a carico della Compagnia assicuratrice tutti gli oneri anche tributari e le spese contrattuali relative alla Convenzione ed agli Ordinativi di Fornitura ivi incluse, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelli notarili, bolli, carte bollate, tasse di registrazione, ecc. ad eccezione di quelli che fanno carico alle Amministrazioni Contraenti per legge.

Bologna, 30 giugno 2006

AGENZIA
INTERCENT-ER

UNISALUTE S.p.A.

Rep.n. 58

Certifico io sottoscritta Biavati Anna Maria, nominata Ufficiale Rogante con atto di determinazione del Direttore di Intercent-ER n. 2295 del 23/02/2006, che i signori:

- Anna Fiorenza, nata a Potenza, il giorno 01 del mese di novembre dell'anno 1951 e residente a Bologna, in via Montebello, numero civico 2/2, (codice fiscale FRNNNA51S41G942T);
- Fiammetta Fabris, nata a Porretta Terme, il giorno 17 del mese di maggio dell'anno 1957 e residente a San Giorgio di Pano, in via G. Masina, numero civico 5, (codice fiscale FBRFMT57E57A558W);

della cui identità personale io Ufficiale Rogante sono certo, previa espressa rinuncia, da loro fatta di comune accordo e col mio consenso, all'assistenza dei testimoni, hanno alla mia presenza e vista, sottoscritto il presente atto e firmato i fogli intermedi che precedono, facendomi espressa richiesta che il detto documento venga conservato in raccolta tra i miei.-----
Bologna 30/06/2006.-----

Allegato n°1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

<p>NEUROCHIRURGIA</p> <ul style="list-style-type: none">- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale- Interventi di cranioplastica- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale- Asportazione tumori dell'orbita- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollare)- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica- Interventi sul plesso brachiale <p>OCULISTICA</p> <ul style="list-style-type: none">- Interventi per neoplasie del globo oculare- Interventi di enucleazione del globo oculare- Trapianto corneale a tutto spessore- Intervento per distacco di retina <p>OTORINOLARINGOIATRIA</p> <ul style="list-style-type: none">- Asportazione di tumori maligni del cavo orale- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia)- Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale)- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare- Ricostruzione della catena ossiculare- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari <p>CHIRURGIA DEL COLLO</p> <ul style="list-style-type: none">- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia <p>CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO</p> <ul style="list-style-type: none">- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici- Interventi per fistole bronchiali- Interventi per echinococchi polmonare- Pneumectomia totale o parziale- Interventi per cisti o tumori del mediastino <p>CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE</p> <ul style="list-style-type: none">- Interventi sul cuore per via toracotomica- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale- Decompressione della a. vertebrale nel forame trasversario- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi- Asportazione di tumore glomico carotideo <p>TRAPIANTI DI ORGANO</p> <ul style="list-style-type: none">- Trapianto ed espianto di tutti gli organi o parte di essi incluso il midollo osseo	<p>CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE</p> <ul style="list-style-type: none">- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago- Interventi con esofago plastica- Interventi per mega-esofago- Resezione gastrica totale- Resezione gastro-digiunale- Intervento per fistola gastro-digiunocolica- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia)- Interventi di amputazione del retto-ano- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale- Drenaggio di ascesso epatico- Interventi per echinococchi epatica- Resezioni epatiche- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari- Interventi chirurgici per ipertensione portale- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica- Interventi per neoplasie pancreatiche <p>UROLOGIA</p> <ul style="list-style-type: none">- Nefroureterectomia radicale- Surrenalectomia- Interventi di cistectomia totale- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia- Cistoprostatovesicoleclectomia- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare <p>GINECOLOGIA</p> <ul style="list-style-type: none">- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia <p>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p> <ul style="list-style-type: none">- Interventi per costola cervicale- Interventi di stabilizzazione vertebrale- Interventi di resezione di corpi vertebrali- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei- Interventi di protesizzazioni di spalla, gomito, anca o ginocchio <p>CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sottoelencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)</p> <ul style="list-style-type: none">- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite- Correzione chirurgica di megauretere congenito- Correzione chirurgica di megacolon congenito
--	---

