

ISTITUTO NAZIONALE DI FISICA NUCLEARE

GIUNTA ESECUTIVA

DELIBERAZIONE N. 13111

La Giunta Esecutiva dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare, riunita a Bologna in data 13.04.2022,

- visto l'art. 96 del CCNL Istruzione e Ricerca per il periodo 2016-2018, che destina alla contrattazione integrativa la concessione di benefici di natura assistenziale e sociale in favore dei propri dipendenti, tra i quali le polizze sanitarie integrative delle prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale;
- visto il contratto stipulato in data 06.07.2020 rep. n. 2563/2020 con Poste Assicura S.p.A. in R.T.I. con Reale Mutua di Assicurazioni;
- preso atto che Poste Assicura S.p.A. in R.T.I. con Reale Mutua di Assicurazioni, precedente aggiudicataria del servizio assicurativo per il rimborso delle spese sanitarie, ha espresso la volontà di non accettare la richiesta di rinnovo della RUP relativamente al contratto attualmente in essere e in scadenza il prossimo 30/06/2022, considerando l'andamento negativo, per parte sua, del rapporto sinistri pagati/premi incassati nel biennio di riferimento;
- richiamata la nota del 21.03.2022, con la quale la Responsabile Unica del Procedimento, dr. ssa Michela Pischedda, chiede pertanto l'indizione di una gara, in ambito comunitario, a procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i. per l'affidamento del servizio assicurativo per il rimborso delle spese sanitarie per l'INFN per la durata di quattro anni, per un importo complessivo a base di gara di € 6.255.360,00, corrispondente ad un valore pro-capite di € 410,00, di cui oneri per eliminazione rischi da interferenze pari a zero, oltre imposte e tasse per un importo di € 156.384,00;
- richiamata la nota prot. AOO_DAF-2021-0000340 del 04.03.2022, con la quale è stato conferito l'incarico di Responsabile Unica del Procedimento alla dott. ssa Michela Pischedda;
- tenuto conto che la gara sarà aggiudicata con applicazione del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, individuata sulla base del miglior rapporto qualità-prezzo, ai sensi dell'art. 95 co. 2 e 6 del d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i., con attribuzione di massimo punti 70,00 all'offerta tecnica e massimo punti 30,00 all'offerta economica;

- preso atto che non è possibile suddividere l'appalto in lotti funzionali considerata la tipologia del servizio, come indicato dal Responsabile Unico del Procedimento nel Disciplinare di Gara;
- preso atto che la valutazione delle offerte sarà effettuata utilizzando il metodo aggregativo - compensatore mediante le formule indicate nel Disciplinare di gara;
- visti il Disciplinare di gara, il Capitolato tecnico, con il relativo allegato denominato "schema varianti tecniche" e le Condizioni contrattuali, predisposti dalla Responsabile Unica del Procedimento, allegati alla presente deliberazione come parti integranti e sostanziali;
- considerato che il servizio in argomento risulta inserita nel programma biennale degli acquisti di beni e servizi 2022/2023 per l'anno 2022 codice CUI: S84001850589202200035 dell'Istituto, ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. 50/2016 e s.m.i.;
- ritenuto proporzionato e ragionevole richiedere agli operatori economici quale requisito di capacità economico-finanziaria, ai sensi dell'art. 83, comma 4, lettera a) del d.lgs. 50/2016 e s.m.i., l'aver realizzato un fatturato globale minimo annuo riferito a ciascuno degli ultimi n. 3 (tre) esercizi finanziari disponibili, ovvero sia approvati alla data di scadenza del termine per la presentazione delle offerte, di € 3.100.000,00 al fine di selezionare operatori economici del settore dotati di solida capacità economico finanziaria a garanzia sia della qualità del servizio che della sua stabilità economica per tutta la durata contrattuale in merito al servizio richiesto. Il valore scelto è ritenuto proporzionato rispetto all'oggetto dell'appalto. Il fatturato richiesto garantisce comunque un ampio numero di concorrenti che potrebbero partecipare alla procedura;
- ritenuto proporzionato e ragionevole richiedere agli operatori economici, quale requisito di capacità tecnico-professionale, ai sensi dell'art. 83, comma 1, lettera c) del d.lgs. 50/2016 e s.m.i., l'aver eseguito, nell'ultimo triennio alla data di scadenza della presentazione delle offerte, almeno tre polizze collettive per l'assistenza sanitaria integrativa (polizze Ramo II Danni) a favore di non meno di 1.000 assicurati ciascuna;
- preso atto che il servizio in argomento non è presente nelle Convenzioni attive né negli Accordi Quadro né negli Strumenti Dinamici di Acquisizione messi a disposizione da Consip SpA., come attestato Responsabile Unico del Procedimento nella sua relazione del 21.03.2022;
- vista la deliberazione del Consiglio Direttivo n. 11190 del 29.10.2009, pubblicata sulla G.U.R.I. - Serie Generale - n. 55 del 08.03.2010, che fissa in 180 giorni dall'avvio della procedura la durata massima del procedimento di selezione del contraente negli appalti pubblici;

- vista la deliberazione dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) n. 830 del 21.12.2021, in attuazione dell’art. 1, commi 65 e 67 della legge 266/05 a mezzo della quale è stato fissato l’ammontare della contribuzione dovuta dagli operatori economici e dalle Stazioni Appaltanti, per coprire nell’anno 2022 i costi di funzionamento della predetta Autorità;
- preso atto che per il servizio in argomento è stimata una spesa massima lorda di € 4.317.026,08, relativa alla quota a carico dell’INFN, di cui oneri per eliminazione rischi da interferenze pari a zero, inclusi l’incentivo per funzioni tecniche, ai sensi dell’art. 113 co. 2 del d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i., pari a € 38.266,08 e imposte e tasse per € 104.360,00, che troverà copertura nel bilancio dell’Istituto, come segue:
 - € 4.278.760,00: Finanziamento FOE INFN nel bilancio di competenza della Ragioneria INFN sul cap. economico U1030218999 (Altri acquisti di servizi sanitari n.a.c.)
 - € 38.266,08 per l’incentivo per funzioni tecniche ex. art. 113 d.lgs.50/16 e s.m.i. sul capitolo centrale INFN di riferimento;
- preso atto che la parte relativa alle quote ad adesione volontaria relative all’area B e C nonché a tutti i famigliari di tutte e tre le aree (A, B, C), stimata in € 2.132.984,00, incluse imposte e tasse per € 52.024,00, è a carico delle categorie indicate;
- visto l’art. 40 del d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i., che ha introdotto, dal 18 ottobre 2018, l’obbligo di utilizzo, per tutte le procedure contemplate dal Codice dei Contratti Pubblici, dei mezzi di comunicazione elettronici, tra Stazioni Appaltanti e Imprese in tutte le fasi di gara, al fine di garantire l’integrità dei dati e la riservatezza delle offerte e delle domande di partecipazione nelle gare d’appalto;
- preso atto che i documenti predisposti: Capitolato Tecnico e il relativo allegato denominato “schema varianti tecniche, oggetto di valutazione, sono stati presentati alle OO.SS. nella giornata del 16 marzo 2022;
- visto l'articolo 14 co. 5 dello Statuto dell'INFN, secondo cui la Giunta Esecutiva delibera in materia di contratti per lavori, forniture e servizi e prestazioni d'opera e professionali che esulano dalla competenza dei Direttori delle Strutture;

DELIBERA

1. di indire una gara, in ambito comunitario, a procedura aperta, ai sensi dell’art. 60 del d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i. per l’affidamento del servizio assicurativo per il rimborso delle spese sanitarie per l’INFN, per la durata di quattro anni, per un

importo complessivo a base di gara di € 6.255.360,00, corrispondente ad un valore pro-capite di € 410,00, di cui oneri per eliminazione rischi da interferenze pari a zero, oltre imposte e tasse per un importo di € 156.384,00;

2. di espletare la procedura di gara avvalendosi dei mezzi di comunicazione elettronici, tra Stazioni Appaltanti e Imprese in tutte le fasi di gara, al fine di garantire l'integrità dei dati e la riservatezza delle offerte e delle domande di partecipazione nelle gare d'appalto;
3. di prevedere quale criterio di aggiudicazione quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa, individuata sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo, ai sensi dell'art. 95 co. 2 e 6 del d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i., con attribuzione di massimo punti 70,00 all'offerta tecnica e massimo punti 30,00 all'offerta economica;
4. di approvare il Disciplinare di gara, il Capitolato tecnico con il relativo allegato denominato "schema varianti tecniche" e le Condizioni Contrattuali, predisposti dalla Responsabile Unica del Procedimento, che costituiranno la base documentale per la procedura di gara;
5. di fissare, quale requisito di capacità economico-finanziaria, ai sensi dell'art. 83, comma 4, lettera a) del d.lgs. 50/2016 e s.m.i., l'aver realizzato un fatturato globale minimo annuo riferito a ciascuno degli ultimi n. 3 (tre) esercizi finanziari disponibili, ovverosia approvati alla data di scadenza del termine per la presentazione delle offerte, di € 3.100.000,00;
6. di fissare, quale requisito di capacità tecnico-professionale, ai sensi dell'art. 83, comma 1, lettera c) del d.lgs. 50/2016 e s.m.i., l'aver eseguito, nell'ultimo triennio alla data di scadenza della presentazione delle offerte, almeno tre polizze collettive per l'assistenza sanitaria integrativa (polizze Ramo II Danni) a favore di non meno di 1.000 assicurati ciascuna;
7. di imputare la spesa stimata lorda di € 4.317.026,08, di cui oneri per eliminazione rischi da interferenze pari a zero, inclusi l'incentivo per funzioni tecniche, ai sensi dell'art. 113 co. 2 del d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i., pari a € 38.266,08 e imposte e tasse per € 104.360,00, che troverà copertura nel bilancio dell'Istituto come segue:

€ 4.278.760,00: Finanziamento FOE INFN nel bilancio di competenza della Ragioneria INFN sul cap. economico U1030218999 (Altri acquisti di servizi sanitari n.a.c.);

€ 38.266,08 per l'incentivo per funzioni tecniche ex. art. 113 d.lgs.50/16 e s.m.i. sul capitolo centrale INFN di riferimento;

8. di incaricare il Presidente di nominare, con propria disposizione, i componenti della Commissione Giudicatrice.

*Direzione Amministrazione, Finanza e Controllo
Servizio Gare e Contratti
Ufficio Delibere e Programmazione*

Bologna li, 21/03/2022

Alla Giunta esecutiva dell'INFN
 Al Direttore Generale INFN
 Al Direttore del Servizio Gare e Contratti
 e p.c.:
 Al Direttore Direzione Amministrazione Finanza e Controllo
 Al Direttore Direzione Risorse Umane
 Al Direttore Servizio RUP e Acquisti Centralizzati
 Al DEC

OGGETTO: Richiesta nuova gara telematica Aperta per il Servizio Assicurativo per il rimborso delle spese sanitarie per l'INFN
 Durata quadriennale - (Formula 4, meno 1, meno 1) anni di riferimento 2023-2026
 riferimenti gara telematica INFN202200206INFN

IMPORTO al netto di imposte e tasse € 6.255.360,00
 IMPORTO LORDO: € 6.411.744,00
 IMPOSTE E TASSE € 156.384,00
 ONERI SICUREZZA INTERFERENZE ZERO
 INCENTIVI FUNZIONI TECNICHE EX ART. 113 D.LGS. 50/16 smi € 38.266,08

sezioni di gara	tipologia di assicurato	NUOVI PREMI BASE D'ASTA LORDA	NUMERO ASSICURATI IP SU STATO DI RISCHIO 2021	finanziamento	PREMIO ANNUO LORDO	PREMIO QUADRIENNIO LORDO A BASE DI GARA	PREMIO QUADRIENNIO NETTO A BASE DI GARA	TASSE QUADRIENNIO	inc. funz tecniche GARA		
								0,025			
sez. A	dipen/bors/ass	410,00 €	2609	INFN	€ 1.069.690,00	€ 4.278.760,00	€ 4.174.400,00	€ 104.360,00			
	Dipendenti	410,00 €	2163		€ 886.830,00						
	Assegnisti	410,00 €	334		€ 136.940,00						
	Borsisti	410,00 €	112		€ 45.920,00						
	conige fisc. a carico	0,8	328,00 €	121	ALTRO					€ 39.688,00	
	coniuge non fac	0,9	369,00 €	241	ALTRO					€ 88.929,00	
	figlio	0,7	287,00 €	395	ALTRO					€ 113.365,00	
	altro familiare	1,5	615,00 €	33	ALTRO					€ 20.295,00	
				790	sub totale					€ 262.277,00	
				3399	totale					€ 1.331.967,00	
SEZ. B	pensionato	1.230,00 €	84	ALTRO	€ 103.320,00	€ 619.428,00	€ 604.320,00	€ 15.108,00			
	conige fisc. a carico	0,8	984,00 €	6	ALTRO					€ 5.904,00	
	coniuge non fac	0,9	1.107,00 €	38	ALTRO					€ 42.066,00	
	figlio	0,7	861,00 €	2	ALTRO					€ 1.722,00	
	altro familiare	1,5	1.845,00 €	1	ALTRO					€ 1.845,00	
				131	totale					€ 154.857,00	
SEZ. C	personale associato	1.230,00 €	57	ALTRO	€ 70.110,00	€ 464.448,00	€ 453.120,00	€ 11.328,00			
	conige fisc. a carico	0,8	984,00 €	8	ALTRO					€ 7.872,00	
	coniuge non fac	0,9	1.107,00 €	25	ALTRO					€ 27.675,00	
	figlio	0,7	861,00 €	10	ALTRO					€ 8.610,00	
	altro familiare	1,5	1.845,00 €	1	ALTRO					€ 1.845,00	
				101	totale					€ 116.112,00	
					3631	complessivo	€ 1.602.936,00	€ 6.411.744,00	€ 6.255.360,00	€ 156.384,00	€ 38.266,08
						INFN	€ 1.069.690,00	€ 4.278.760,00	€ 4.174.400,00	€ 104.360,00	€ 38.266,08
						ALTRO	€ 533.246,00	€ 2.132.984,00	€ 2.080.960,00	€ 52.024,00	

Con la presente la sottoscritta, Dr.ssa Michela Pischedda, in qualità di RUP del contratto in essere CIG: 81479973D5 tra INFN e la Compagnia Poste Assicura, comunica che in data 25/11/2021 e in data 15/02/2022 ha provveduto alla richiesta formale alla compagnia del benessere al previsto rinnovo contrattuale.

Informa che Poste Assicura ha espresso volontà di non accettare la nostra richiesta di rinnovo relativamente al contratto attualmente in essere e in scadenza il prossimo 30/06/2022, considerando l'andamento assolutamente negativo, per parte loro, del rapporto sinistri pagati/premi incassati nel biennio di riferimento.

A tal proposito allega la relazione sull'andamento della polizza in essere.

Chiede quindi con urgenza l'indizione di una nuova gara per permettere alla nuova polizza di operare, a tutti gli effetti - per la validità delle coperture e le modalità e validità delle adesioni - senza soluzione di continuità con la polizza stipulata dall'INFN a favore degli assicurati, di cui all'Art. 6 delle Condizioni Generali - Sezione I (num. 77959) sottoscritta con Poste Assicura (attivata tramite il FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA POSTE VITA).

La nuova nomina a RUP mi è stata comunicata con lettera DAF 340/2022 del 04/03/2022.



Conferma di aver provveduto all'inserimento della presente procedura nel programma biennale acquisti Fornitura e Servizi in approvazione al Consiglio Direttivo del mese di Marzo 2022.

La base di gara, come meglio descritta nel piano economico sopra esposto, è stata calcolata sulla base dei numeri di utenti ad oggi identificati, rapportando il costo previsto risultante dell'analisi del mercato di riferimento, in accordo con quanto indicato dal nostro Broker assicurativo e in relazione all'entità dei fondi INFN a disposizione per questa tipologia di spesa.

Sottolineo che il valore a base di gara pro-capite dell'unità principale A (dipendenti, assegnisti e Borsisti INFN) è diminuito rispetto a quello della precedente gara in seguito all'aumento dei soggetti rispetto ai relativi fondi INFN a disposizione che al contrario sono rimasti invariati nella loro determinazione.

Si è deciso di indire una gara per un contratto di 48 mesi, dalle ore 24.00 del 31/12/2022 alle ore 24.00 del 31/12/2026, con facoltà di disdetta riconosciuta alle parti a partire dalle ore 24.00 del termine della seconda scadenza annuale ed alla successiva scadenza annuale.

I documenti predisposti, Capitolato Tecnico e Varianti oggetto di valutazione sono state presentate alle OO.SS nella giornata del 16 Marzo 2022 da parte dell'Ufficio assicurativo INFN.

L'attuale polizza sanitaria scadrà nel mese di Giugno 2022, con lettera separata procederò a richiedere una proroga tecnica di 6 mesi al fine di portare la copertura al 31/12/2022.

E' quindi urgente la presente indizione per garantire la continuità del servizio offerto in considerazione sia dei tempi utili alla selezione dell'operatore economico sia per quelli necessari alla successiva organizzazione del passaggio delle informazioni e della raccolta delle adesioni, il tutto per uno start-up del servizio obbligatoriamente il 1 gennaio 2023.

La copertura finanziaria relativa di € 6.450.010,08 è così ripartita:

- Finanziamento FOE INFN: bilancio di competenza della Ragioneria INFN sul cap. economico U1030218999 Altri acquisti di servizi sanitari n.a.c., quota lorda relativa all'area A dip/ass/bors : € 4.278.760,00+ € 38.266,08 per incentivi funzioni tecniche ex. art. 113 d.lgs.50/16 e s.m.i. sul capitolo centrale INFN di riferimento.
- Altri Finanziamenti (Quote ad adesione volontaria) relative all'area B e C nonché a tutti i famigliari di tutte e tre le aree (A,B,C) € 2.132.984,00

Rimanendo a disposizione per qualsiasi chiarimento, porgo i miei migliori saluti

Il Responsabile Unico del Provvedimento
(Dr.ssa Michela Pischedda)

All:

- 1) relazione andamento polizza Poste Vita
- 2) Capitolato Tecnico
- 3) Disciplinare di gara
- 4) Condizioni contrattuali
- 5) Scheda varianti tecniche migliorative
- 6) nomina RUP

**SCHEMA DISCIPLINARE DI GARA A PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL
SERVIZIO ASSICURATIVO RIMBORSO SPESE SANITARIE PER IL PERSONALE INFN**

CODICE PROCEDIMENTO: INFN202200206INFN

Conto economico di gara

sezioni di gara	tipologia di assicurato		NUOVI PREMI BASE D'ASTA LORDA	NUMERO ASSICURATI IP SU STATO DI RISCHIO 2021	finanziamento	PREMIO ANNUO LORDO	PREMIO QUADRIENNIO LORDO A BASE DI GARA	PREMIO QUADRIENNIO NETTO A BASE DI GARA	TASSE QUADRIENNIO 0,025	inc. funz tecniche GARA
sez. A	dipen/bors/ass		410,00 €	2609	INFN	€ 1.069.690,00	€ 4.278.760,00	€ 4.174.400,00	€ 104.360,00	
	Dipendenti		410,00 €	2163		€ 886.830,00				
	Assegnisti		410,00 €	334		€ 136.940,00				
	Borsisti		410,00 €	112		€ 45.920,00				
	coniuge fisc. a carico	0,8	328,00 €	121	ALTRO	€ 39.688,00				
	coniuge non fac	0,9	369,00 €	241	ALTRO	€ 88.929,00				
	figlio	0,7	287,00 €	395	ALTRO	€ 113.365,00				
	altro familiare	1,5	615,00 €	33	ALTRO	€ 20.295,00				
				790	sub totale	€ 262.277,00				
				3399	totale	€ 1.331.967,00				
SEZ. B	pensionato		1.230,00 €	84	ALTRO	€ 103.320,00	€ 619.428,00	€ 604.320,00	€ 15.108,00	
	coniuge fisc. a carico	0,8	984,00 €	6	ALTRO	€ 5.904,00				
	coniuge non fac	0,9	1.107,00 €	38	ALTRO	€ 42.066,00				
	figlio	0,7	861,00 €	2	ALTRO	€ 1.722,00				
	altro familiare	1,5	1.845,00 €	1	ALTRO	€ 1.845,00				
				131	totale	€ 154.857,00				
SEZ. C	personale associato		1.230,00 €	57	ALTRO	€ 70.110,00	€ 464.448,00	€ 453.120,00	€ 11.328,00	
	coniuge fisc. a carico	0,8	984,00 €	8	ALTRO	€ 7.872,00				
	coniuge non fac	0,9	1.107,00 €	25	ALTRO	€ 27.675,00				
	figlio	0,7	861,00 €	10	ALTRO	€ 8.610,00				
	altro familiare	1,5	1.845,00 €	1	ALTRO	€ 1.845,00				
				101	totale	€ 116.112,00				
			3631	complessivo	€ 1.602.936,00	€ 6.411.744,00	€ 6.255.360,00	€ 156.384,00	€ 38.266,08	
				INFN	€ 1.069.690,00	€ 4.278.760,00	€ 4.174.400,00	€ 104.360,00	€ 38.266,08	
				ALTRO	€ 533.246,00	€ 2.132.984,00	€ 2.080.960,00	€ 52.024,00		

DISCIPLINARE DI GARA EUROPEA TELEMATICA A PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL CONTRATTO AVENTE AD OGGETTO SERVIZIO ASSICURATIVO RIMBORSO SPESE SANITARIE PER TUTTO IL PERSONALE INFN3

1.	PREMESSE	3
2.	DOCUMENTAZIONE DI GARA, CHIARIMENTI E COMUNICAZIONI	3
2.1	<i>Documenti di gara</i>	3
2.2	<i>Chiarimenti</i>	4
2.3	<i>Comunicazioni</i>	4
3.	OGGETTO DEL CONTRATTO, IMPORTO	4
4.	DURATA DELL’APPALTO, OPZIONI E RINNOVI	5
4.1	<i>Durata</i>	5
4.2	<i>Opzioni proroga tecnica</i>	6
5.	SOGGETTI AMMESSI IN FORMA SINGOLA E ASSOCIATA E CONDIZIONI DI PARTECIPAZIONE.....	6
6.	REQUISITI GENERALI	8
7.	REQUISITI SPECIALI E MEZZI DI PROVA.....	8
7.1	<i>Requisiti di idoneità</i>	8
7.2	<i>Requisiti di capacità economica e finanziaria</i>	8
7.3	<i>Requisiti di capacità tecnica e professionale</i>	9
7.4	<i>Indicazioni per i raggruppamenti temporanei, consorzi ordinari, aggregazioni di imprese di rete, GEIE</i> ...	9
7.5	<i>Indicazioni per i consorzi di cooperative e di imprese artigiane e i consorzi stabili</i>	10
8.	AVVALIMENTO.....	10
9.	SUBAPPALTO.....	11
10.	GARANZIA PROVVISORIA	11
11.	PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO A FAVORE DELL’ANAC	14
12.	MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELL’OFFERTA E SOTTOSCRIZIONE DEI DOCUMENTI DI GARA	14
13.	SOCCORSO ISTRUTTORIO	15
14.	CONTENUTO DELLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA	16
14.1	<i>Domanda di partecipazione</i>	16
14.2	<i>Documento di gara unico europeo</i>	18
15.	CONTENUTO DELLA OFFERTA TECNICA.....	21
16.	CONTENUTO DELLA OFFERTA ECONOMICA	22
17.	CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE.....	23
17.1	<i>Criteri di valutazione dell’offerta tecnica</i>	23
17.2	<i>Metodo di attribuzione del coefficiente per il calcolo del punteggio dell’offerta tecnica</i>	24
17.3	<i>Metodo di attribuzione del coefficiente per il calcolo del punteggio dell’offerta economica</i>	24
17.4	METODO PER IL CALCOLO DEI PUNTEGGI	25
18.	SVOLGIMENTO OPERAZIONI DI GARA: VERIFICA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA	25
19.	COMMISSIONE GIUDICATRICE	26
20.	APERTURA E VALUTAZIONE DELLE OFFERTE TECNICHE ED ECONOMICHE.....	26
21.	VERIFICA DI ANOMALIA DELLE OFFERTE.....	27
22.	AGGIUDICAZIONE DELL’APPALTO E STIPULA DEL CONTRATTO.....	28

DISCIPLINARE DI GARA EUROPEA TELEMATICA A PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL CONTRATTO AVENTE AD OGGETTO SERVIZIO ASSICURATIVO RIMBORSO SPESE SANITARIE PER TUTTO IL PERSONALE INFN

1. PREMESSE

Con delibera della Giunta Esecutiva n. _____ del _____, l’I.N.F.N. ha deliberato di bandire una gara per l’affidamento di un Contratto avente ad oggetto il servizio Assicurativo per il rimborso spese sanitarie per tutto il personale dipendente, associato e in quiescenza dell’INFN nonché per i loro famigliari.

L’affidamento avverrà mediante procedura aperta e con applicazione del criterio dell’offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del miglior rapporto qualità prezzo, ai sensi degli artt. 60 e 95 del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 – Codice dei contratti pubblici (in seguito: Codice).

Il luogo di svolgimento del servizio è tutto il territorio nazionale codice NUTS IT

CIG _____ CUI S84001850589202200035

CODICE PROCEDIMENTO INFN: INFN202200206INFN

Il **Responsabile del procedimento**, ai sensi dell’art. 31 del Codice, è Dr.ssa Michela Pischedda.

Ai sensi dell’articolo 58 del Codice, la presente procedura aperta è interamente svolta tramite il sistema informatico per le procedure telematiche di acquisto (di seguito Piattaforma) accessibile all’indirizzo https://app.albofornitori.it/alboeproc/albo_infneproc (Sezione “Elenco bandi e avvisi in corso” della Piattaforma utilizzata per la gestione della procedura di gara) e conforme alle prescrizioni dell’articolo 44 del Codice e del decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 148/2021. Tramite il sito si accede alla procedura nonché alla documentazione di gara.

2. DOCUMENTAZIONE DI GARA, CHIARIMENTI E COMUNICAZIONI

2.1 DOCUMENTI DI GARA

La documentazione di gara comprende:

- 1) Disciplinare telematico e Timing di gara
- 2) Capitolato tecnico;
- 3) Condizioni contrattuali
- 4) Bando di gara;
- 5) Disciplinare di gara;
- 6) patto di integrità;
- 7) Modello offerta tecnica: Varianti Migliorative;

La documentazione di gara è disponibile- in formato elettronico, firmato digitalmente o sottoscritta con firma olografa su documento scansionato, sul sito https://app.albofornitori.it/alboeproc/albo_infneproc (Sezione “Elenco bandi e avvisi in corso” della Piattaforma utilizzata per la gestione della procedura di gara) selezionando la gara di riferimento: INFN202200206INFN. Per la lettura della documentazione firmata digitalmente è necessario dotarsi dell’apposito software per la verifica della firma digitale, rilasciato da uno

Modello disciplinare OEPV requisiti economici e tecnici Versione 4 15.11.2021

dei certificatori iscritti all'Elenco di cui all'articolo 29 del D.Lgs. 82/2005 e disponibile sul sito www.agid.gov.it.

2.2 CHIARIMENTI

É possibile ottenere chiarimenti sulla presente procedura mediante la proposizione di quesiti scritti da inoltrare almeno 15 (quindici) giorni prima della scadenza del termine fissato per la presentazione delle offerte in via telematica attraverso la sezione "Chiarimenti" accessibile previa abilitazione alla procedura di gara con le modalità specificate all'interno del Disciplinare telematico e Timing di gara (Allegato 1).

Le richieste di chiarimenti devono essere formulate esclusivamente in lingua italiana.

Ai sensi dell'art. 74 comma 4 del Codice, le risposte a tutte le richieste presentate in tempo utile verranno fornite in formato elettronico, almeno sei giorni prima della scadenza del termine fissato per la presentazione delle offerte, mediante pubblicazione in forma anonima sui siti di cui al punto I.1 del Bando di gara.

Non sono ammessi chiarimenti telefonici.

2.3 COMUNICAZIONI

Anche ai sensi dell'art. 52 del D. Lgs.n. 50/2016 e s.m.i.

le comunicazioni inoltrate dalla stazione appaltante agli operatori economici si intendono validamente ed efficacemente effettuate qualora rese tramite la piattaforma telematica impiegata per lo svolgimento della presente procedura. In tal caso le comunicazioni saranno indirizzate all'indirizzo di posta elettronica certificata inserito dal concorrente in sede di registrazione/abilitazione alla piattaforma stessa. Si consiglia perciò di verificare la presenza e la correttezza dell'indirizzo mail di posta certificata inserito nell'apposito campo.

Eventuali modifiche dell'indirizzo PEC/posta elettronica o problemi temporanei nell'utilizzo di tali forme di comunicazione, dovranno essere tempestivamente segnalate alla stazione appaltante; diversamente la medesima declina ogni responsabilità per il tardivo o mancato recapito delle comunicazioni.

N.B. E' necessario che - in fase di registrazione/abilitazione - sia inserito nello spazio denominato "Email PEC" esclusivamente un indirizzo di posta elettronica certificata. L'inserimento/conferma - da parte dell'operatore economico - di un indirizzo PEC non corretto o di un indirizzo non PEC esula dalla stazione appaltante da responsabilità derivanti dal mancato recapito delle comunicazioni inviate.

In alternativa a tale modalità le comunicazioni ai concorrenti verranno messe a disposizione all'interno della sezione "Chiarimenti".

In caso di raggruppamenti temporanei, GEIE, aggregazioni di imprese di rete o consorzi ordinari, anche se non ancora costituiti formalmente, la comunicazione recapitata al mandatario si intende validamente resa a tutti gli operatori economici raggruppati, aggregati o consorziati.

In caso di consorzi di cui all'art. 45, comma 2, lett. b e c del Codice, la comunicazione recapitata al consorzio si intende validamente resa a tutte le consorziate.

In caso di avvalimento, la comunicazione recapitata all'offerente si intende validamente resa a tutti gli operatori economici ausiliari.

In caso di subappalto, la comunicazione recapitata all'offerente si intende validamente resa a tutti i subappaltatori indicati.

3. OGGETTO DEL CONTRATTO, IMPORTO

E' previsto un unico lotto poiché considerata la tipologia del servizio non è possibile la suddivisione in lotti funzionali

Tabella n. 1 – Oggetto del Contratto

n.	Descrizione servizi [beni]	CPV	P (principale) S (secondaria)	Importo
A	L'obiettivo principale di questa gara é predisporre una polizza assicurativa per il rimborso delle spese mediche e sanitarie sostenute dai dipendenti, borsisti e assegnisti di ricerca dell'INFN e i loro familiari	66512000-2	P	5.197.920,00€
B	polizza assicurativa per il rimborso delle spese mediche e sanitarie sostenute dai in quiescenza e i loro famigliari.	66512000-2	S	604,320,00€
C	polizza assicurativa per il rimborso delle spese mediche e sanitarie sostenute dal personale Associato e i loro famigliari	66512000-2	S	453.120,00 €
Importo totale a base d'asta				6.255.360,00 €

L'importo a base di gara è **al netto** di imposte e contributi di legge del 2.5% **nonché** degli oneri per la sicurezza dovuti a rischi da interferenze che sono stati quantificati in ZERO.

Ai sensi dell'art. 23, comma 16, del Codice l'importo posto a base di gara **comprende** i costi della manodopera che la stazione appaltante ha stimato pari ad € 250.214,40 calcolati sulla base dei seguenti elementi 4% sull'importo a base di gara. Ovviamente non è una indicazione vincolante per l'operatore economico.

L'importo a base di gara è stato calcolato considerando la spesa sostenuta negli ultimi tre anni dall'amministrazione rapportata al numero dei possibili utenti e alle considerazioni di mercato, definendo quindi le percentuali di incremento sul premio stabilito come base di gara per le tre tipologie base di personale di cui all'area A (dipendenti, assegnisti di ricerca e borsisti), B (personale in quiescenza) e C (personale associato) vedi piano economico della gara.

Si precisa che la copertura Rimborso Spese Mediche sarà contratta, per conto dell'Ente, da una Cassa di Assistenza iscritta all'Anagrafe Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009.

4. DURATA DELL'APPALTO, OPZIONI E RINNOVI

4.1 DURATA

La polizza ha durata di 48 mesi, dalle ore 24.00 del 31/12/2022 alle ore 24.00 del 31/12/2026, con facoltà di disdetta riconosciuta alle parti a partire dalle ore 24.00 del termine del secondo anno e al termine del terzo anno a condizione che la disdetta venga comunicata a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o PEC, con un preavviso di 180 giorni rispetto alla scadenza annuale. Modello disciplinare OEPV requisiti economici e tecnici Versione 4 15.11.2021

La polizza opera, a tutti gli effetti - per la validità delle coperture e le modalità e validità delle adesioni - senza soluzione di continuità con la polizza stipulata dall'INFN a favore degli assicurati, di cui all'Art. 6 delle Condizioni Generali – Sezione I (num. 77959) sottoscritta con Poste Assicura (attivata tramite il FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA POSTE VITA), che già operava ad ogni effetto senza soluzione di continuità con le polizze stipulate da INFN con RBM Assicurazione Salute (anche tramite la Cassa, numeri: 31007048, 31007049, 31007050)

4.2 OPZIONI PROROGA TECNICA

E' facoltà di INFN, entro 60 gg dalla scadenza della polizza, richiedere alla Società la proroga della stessa per ulteriori 6 mesi, tempo stimato per la conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione del nuovo contraente ai sensi dell'art. 106, comma 11 del Codice. in tal caso la Società sarà obbligata a prorogare l'assicurazione, per il periodo richiesto e alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, previo pagamento di un premio corrispondente a € 781.920,00 al netto di imposte e contributi di legge del 2.5% .

La durata del contratto in corso di esecuzione potrà essere quindi modificata. In tal caso il contraente è tenuto all'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto agli stessi - o più favorevoli - prezzi, patti e condizioni

Ai fini dell'art. 35, comma 4 del Codice, il valore massimo stimato dell'appalto, è pari ad € 7.037.280,00 al netto di imposte e contributi di legge del 2.5%, nonché degli oneri per la sicurezza dovuti a rischi da interferenze che sono stati quantificati in ZERO.

5. SOGGETTI AMMESSI IN FORMA SINGOLA E ASSOCIATA E CONDIZIONI DI PARTECIPAZIONE

Possono partecipare alla presente gara esclusivamente gli operatori economici autorizzati all'esercizio dell'attività assicurativa sul territorio nazionale nel ramo assicurativo "Ramo II Danni - Malattia", ai sensi del D.Lgs. 209/05. In particolare:

- le Imprese aventi sede legale nel territorio della Repubblica Italiana devono possedere l'autorizzazione rilasciata dall'IVASS all'esercizio in Italia nel ramo assicurativo oggetto del presente appalto, ai sensi dell'art. 13, D.Lgs. 209/05.
- le Imprese aventi sede legale in un altro stato membro dell'U.E. possono partecipare in regime di stabilimento sul territorio della Repubblica Italiana, ai sensi dell'art. 23, D.Lgs. 209/05 (nel ramo assicurativo oggetto del presente appalto).
- le Imprese aventi sede legale in un altro stato membro dell'U.E. possono altresì partecipare in regime di libertà di prestazione di servizi sul territorio della Repubblica Italiana, ai sensi dell'art. 24, D.Lgs. 209/05 (nel ramo assicurativo oggetto del presente appalto).

Potranno partecipare esclusivamente le Direzioni Generali di Compagnie italiane, ovvero loro rappresentanze e/o loro procuratori muniti di procura speciale per la partecipazione alla gara, e le Rappresentanze dirette delle Compagnie estere.

È altresì ammessa la partecipazione dei predetti soggetti in forma associata, come di seguito specificato.

Gli operatori economici, anche stabiliti in altri Stati membri, possono partecipare alla presente gara in forma singola o associata, secondo le disposizioni dell'art. 45 del Codice, purché in possesso dei requisiti prescritti dai successivi articoli.

Ai soggetti costituiti in forma associata si applicano le disposizioni di cui agli artt. 47 e 48 del Codice.

È vietato ai concorrenti di partecipare alla gara in più di un raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario di concorrenti o aggregazione di imprese aderenti al contratto di rete (nel prosieguo, aggregazione di imprese di rete).

È vietato al concorrente che partecipa alla gara in raggruppamento o consorzio ordinario di concorrenti, di partecipare anche in forma individuale.

È vietato al concorrente che partecipa alla gara in aggregazione di imprese di rete, di partecipare anche in forma individuale. Le imprese retiste non partecipanti alla gara possono presentare offerta, per la medesima gara, in forma singola o associata.

I consorzi di cui all'articolo 45, comma 2, lettere b) e c) del Codice sono tenuti ad indicare, in sede di offerta, per quali consorziati il consorzio concorre; a questi ultimi è vietato partecipare, in qualsiasi altra forma, alla presente gara. In caso di violazione sono esclusi dalla gara sia il Consorzio sia il consorziato; in caso di inosservanza di tale divieto si applica l'articolo 353 del codice penale.

Nel caso di consorzi di cui all'articolo 45, comma 2, lettere b) e c) del Codice, le consorziate designate dal consorzio per l'esecuzione del contratto non possono, a loro volta, a cascata, indicare un altro soggetto per l'esecuzione.

Le aggregazioni tra imprese aderenti al contratto di rete di cui all'art. 45, comma 2 lett. f) del Codice, rispettano la disciplina prevista per i raggruppamenti temporanei di imprese in quanto compatibile. In particolare:

- a) nel caso in cui la rete sia dotata di organo comune con potere di rappresentanza e soggettività giuridica (cd. rete - soggetto), l'aggregazione di imprese di rete partecipa a mezzo dell'organo comune, che assumerà il ruolo della mandataria, qualora in possesso dei relativi requisiti. L'organo comune potrà indicare anche solo alcune tra le imprese retiste per la partecipazione alla gara ma dovrà obbligatoriamente far parte di queste;
- b) nel caso in cui la rete sia dotata di organo comune con potere di rappresentanza ma priva di soggettività giuridica (cd. rete-contratto), l'aggregazione di imprese di rete partecipa a mezzo dell'organo comune, che assumerà il ruolo della mandataria, qualora in possesso dei requisiti previsti per la mandataria e qualora il contratto di rete rechi mandato allo stesso a presentare domanda di partecipazione o offerta per determinate tipologie di procedure di gara. L'organo comune potrà indicare anche solo alcune tra le imprese retiste per la partecipazione alla gara ma dovrà obbligatoriamente far parte di queste;
- c) nel caso in cui la rete sia dotata di organo comune privo di potere di rappresentanza ovvero sia sprovvista di organo comune, oppure se l'organo comune è privo dei requisiti di qualificazione, l'aggregazione di imprese di rete partecipa nella forma del raggruppamento costituito o costituendo, con applicazione integrale delle relative regole (cfr. Determinazione ANAC n. 3 del 23 aprile 2013).

Per tutte le tipologie di rete, la partecipazione congiunta alle gare deve risultare individuata nel contratto di rete come uno degli scopi strategici inclusi nel programma comune, mentre la durata dello stesso dovrà essere commisurata ai tempi di realizzazione dell'appalto (cfr. Determinazione ANAC n. 3 del 23 aprile 2013).

Il ruolo di mandante/mandataria di un raggruppamento temporaneo di imprese può essere assunto anche da un consorzio di cui all'art. 45, comma 1, lett. b), c) ovvero da una sub-associazione, nelle forme di un RTI o consorzio ordinario costituito oppure di un'aggregazioni di imprese di rete.

A tal fine, se la rete è dotata di organo comune con potere di rappresentanza (con o senza soggettività giuridica), tale organo assumerà la veste di mandataria della sub-associazione; se, invece, la rete è dotata di organo comune privo del potere di rappresentanza o è sprovvista di organo comune, il ruolo di mandataria della sub-associazione è conferito dalle imprese retiste partecipanti alla gara, Modello disciplinare OEPV requisiti economici e tecnici Versione 4 15.11.2021

mediante mandato ai sensi dell'art. 48 comma 12 del Codice, dando evidenza della ripartizione delle quote di partecipazione.

Ai sensi dell'art. 186-bis, comma 6 del R.D. 16 marzo 1942, n. 267, l'impresa in concordato preventivo con continuità aziendale può concorrere anche riunita in RTI purché non rivesta la qualità di mandataria e sempre che le altre imprese aderenti al RTI non siano assoggettate ad una procedura concorsuale.

6. REQUISITI GENERALI

Sono **esclusi** dalla gara gli operatori economici per i quali sussistono cause di esclusione di cui all'art. 80 del Codice.

Sono comunque **esclusi** gli operatori economici che abbiano affidato incarichi in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. del 2001 n. 165.

7. REQUISITI SPECIALI E MEZZI DI PROVA

I concorrenti, a **pena di esclusione**, devono essere in possesso dei requisiti previsti nei commi seguenti, entro il termine di scadenza della presentazione delle offerte. I documenti richiesti agli operatori economici ai fini della dimostrazione dei requisiti devono essere trasmessi mediante AVCpass in conformità alla delibera ANAC n. 157 del 17 febbraio 2016 ai sensi degli articoli 81, commi 1 e 2, nonché 216, comma 13 del Codice, le stazioni appaltanti e gli operatori economici utilizzano la banca dati AVCPass istituita presso ANAC per la comprova dei requisiti.

Ai sensi dell'art. 59, comma 4, lett. b) del Codice, sono inammissibili le offerte prive della qualificazione richiesta dal presente disciplinare.

7.1 REQUISITI DI IDONEITÀ

a) **Iscrizione** nel registro tenuto dalla Camera di commercio industria, artigianato e agricoltura oppure nel registro delle commissioni provinciali per l'artigianato per attività coerenti con quelle oggetto della presente procedura di gara.

Il concorrente non stabilito in Italia ma in altro Stato Membro o in uno dei Paesi di cui all'art. 83, comma 3 del Codice, presenta dichiarazione giurata o secondo le modalità vigenti nello Stato nel quale è stabilito.

b) **Iscrizione** all'Albo delle Imprese di assicurazione di cui all'art. 14, comma 4, del D. Lgs. n. 209/2005 e s.m.i. (Codice delle assicurazioni private) o negli elenchi delle imprese ammesse a operare in regime di stabilimento o di libera prestazione di servizi di cui all'art. 26 dello stesso Codice delle assicurazioni private nel quale risulti l'autorizzazione all'esercizio del ramo oggetto dell'appalto rilasciata dall'Autorità competente

Il concorrente non stabilito in Italia ma in altro Stato Membro o in uno dei Paesi di cui all'art. 83, co 3 del Codice, presenta dichiarazione giurata o secondo le modalità vigenti nello Stato nel quale è stabilito.

7.2 REQUISITI DI CAPACITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA

Fatturato globale minimo annuo riferito a ciascuno degli ultimi n. tre esercizi finanziari disponibili o verosimilmente approvati, alla data di scadenza del termine per la presentazione delle offerte, di € 3.100.000,00 Imposte e tasse escluse; tale requisito è richiesto al fine di selezionare operatori economici del settore dotati di solida capacità economico finanziaria a garanzia sia della qualità del servizio che della sua stabilità economica per tutta la durata contrattuale in merito al servizio richiesto. Il valore scelto è ritenuto proporzionato rispetto all'oggetto dell'appalto. Il fatturato richiesto garantisce comunque un ampio numero di concorrenti che potrebbero partecipare alla procedura.

La comprova del requisito è fornita, ai sensi dell'art. 86, comma 4 e all. XVII parte I, del Codice
Modello disciplinare OEPV requisiti economici e tecnici Versione 4 15.11.2021

- per le società di capitali mediante i bilanci approvati alla data di scadenza del termine per la presentazione delle offerte corredati della nota integrativa, in formato pdf;
- per gli operatori economici costituiti in forma d'impresa individuale ovvero di società di persone mediante il Modello Unico o la Dichiarazione IVA, in formato pdf;

Ove le informazioni sui fatturati non siano disponibili, per le imprese che abbiano iniziato l'**attività da meno di tre anni**, i requisiti di fatturato devono essere rapportati al periodo di attività.

Ai sensi dell'art. 86, comma 4, del Codice l'operatore economico, che per fondati motivi non è in grado di presentare le referenze richieste può provare la propria capacità economica e finanziaria mediante un qualsiasi altro documento considerato idoneo dalla stazione appaltante.

7.3 REQUISITI DI CAPACITÀ TECNICA E PROFESSIONALE

Esecuzione negli ultimi tre anni dei seguenti servizi

Il concorrente deve aver eseguito nell'ultimo triennio, alla data di scadenza della presentazione delle offerte, almeno **tre** polizze collettive per l'assistenza sanitaria integrativa (polizze Ramo II Danni) a favore di non meno di 1.000 assicurati ciascuna.

La comprova del requisito, è fornita secondo le disposizioni di cui all'art. 86 e all'allegato XVII, parte II, del Codice.

In caso di servizi prestati a favore di pubbliche amministrazioni o enti pubblici mediante una delle seguenti modalità:

- originale firmato digitalmente dal sottoscrittore (obbligatoria la firma digitale per gli operatori con sede in Italia. Nel solo caso di operatori economici esteri, qualora non sia possibile l'utilizzo della firma digitale, il documento potrà essere sottoscritto con firma olografa su documento scansionato e corredato da copia del documento d'identità del firmatario sottoscritta dal medesimo), o copia conforme firmata digitalmente dal concorrente (obbligatoria per gli operatori con sede in Italia. Nel solo caso di operatori economici esteri, qualora non sia possibile l'utilizzo della firma digitale, il documento potrà essere sottoscritto con firma olografa su documento scansionato e corredato da copia del documento d'identità del legale rappresentante firmata dal medesimo), dei certificati rilasciati dall'amministrazione/ente contraente, con l'indicazione dell'oggetto, dell'importo e del periodo di esecuzione;

In caso di servizi prestati a favore di committenti privati, mediante una delle seguenti modalità:

originale firmato digitalmente dal sottoscrittore (obbligatoria la firma digitale per gli operatori con sede in Italia. Nel solo caso di operatori economici esteri, qualora non sia possibile l'utilizzo della firma digitale, il documento potrà essere sottoscritto con firma olografa su documento scansionato e corredato da copia del documento d'identità del firmatario sottoscritta dal medesimo) o copia autentica informatica dei certificati rilasciati dal committente privato, con l'indicazione dell'oggetto, dell'importo e del periodo di esecuzione;

7.4 INDICAZIONI PER I RAGGRUPPAMENTI TEMPORANEI, CONSORZI ORDINARI, AGGREGAZIONI DI IMPRESE DI RETE, GEIE

I soggetti di cui all'art. 45 comma 2, lett. d), e), f) e g) del Codice devono possedere i requisiti di partecipazione nei termini di seguito indicati.

Alle aggregazioni di imprese aderenti al contratto di rete, ai consorzi ordinari ed ai GEIE si applica la disciplina prevista per i Modello disciplinare OEPV requisiti economici e tecnici Versione 4 15.11.2021

raggruppamenti temporanei di imprese, in quanto compatibile.

Nei consorzi ordinari la consorziata che assume la quota maggiore di attività esecutive riveste il ruolo di capofila che deve essere assimilata alla mandataria.

Nel caso in cui la mandante/mandataria di un raggruppamento temporaneo di imprese sia una sub-associazione, nelle forme di un RTI costituito oppure di un'aggregazione di imprese di rete, i relativi requisiti di partecipazione sono soddisfatti secondo le medesime modalità indicate per i raggruppamenti.

Il **requisito relativo all'iscrizione** nel registro tenuto dalla Camera di commercio industria, artigianato e agricoltura oppure nel registro delle commissioni provinciali per l'artigianato di cui al **punto 7.1 lett. a)** deve essere posseduto da:

- a. ciascuna delle imprese raggruppate/raggruppande, consorziate/consorziande o GEIE;
- b. ciascuna delle imprese aderenti al contratto di rete indicate come esecutrici e dalla rete medesima nel caso in cui questa abbia soggettività giuridica.

Il requisito relativo all'iscrizione **di cui al punto 7.1 lett. b)**. L'origine riferimento non è stata trovata. deve essere posseduto da:

- a. ciascuna delle imprese raggruppate/raggruppande, consorziate/consorziande o GEIE;
- b. ciascuna delle imprese aderenti al contratto di rete indicate come esecutrici e dalla rete medesima nel caso in cui questa abbia soggettività giuridica.

Il requisito relativo al fatturato globale di cui al **punto 7.2** deve essere soddisfatto dal raggruppamento temporaneo nel complesso.

Detto requisito deve essere posseduto in misura maggioritaria dall'impresa mandataria.

Nell'ipotesi di raggruppamento temporaneo orizzontale il requisito di cui al precedente punto **7.3** deve essere posseduto sia dalla mandataria sia dalle mandanti. Detto requisito deve essere posseduto in misura maggioritaria dalla mandataria. Nell'ipotesi di raggruppamento temporaneo verticale il requisito deve essere posseduto dalla mandataria.

7.5 INDICAZIONI PER I CONSORZI DI COOPERATIVE E DI IMPRESE ARTIGIANE E I CONSORZI STABILI

I soggetti di cui all'art. art. 45 comma 2, lett. b) e c) del Codice devono possedere i requisiti di partecipazione nei termini di seguito indicati.

Il **requisito relativo all'iscrizione nel registro** tenuto dalla Camera di commercio industria, artigianato e agricoltura oppure nel registro delle commissioni provinciali per l'artigianato di cui al **punto 7.1 lett. a)** deve essere posseduto dal consorzio e dalle imprese consorziate indicate come esecutrici.

Il requisito relativo all'iscrizione **di cui al punto 7.1 lett. b)**. L'origine riferimento non è stata trovata. deve essere posseduto dal consorzio e dalle imprese consorziate indicate come esecutrici.

I requisiti di capacità economica e finanziaria [nonché tecnica e professionale], ai sensi dell'art. 47 del Codice, devono essere posseduti:

- a. per i consorzi di cui all'art. 45, comma 2 lett. b) del Codice, ai sensi dell'art. 47, comma 1;
- b. per i consorzi di cui all'art. 45, comma 2, lett. c) del Codice, ai sensi dell'art. 47, commi 2 e 2-bis.

8. AVVALIMENTO

Ai sensi dell'art. 89 del Codice, l'operatore economico, singolo o associato ai sensi dell'art. 45 del Codice, può dimostrare il possesso dei requisiti di carattere economico, finanziario, tecnico e professionale di cui all'art. 83, comma 1, lett. b) e c) del Codice avvalendosi Modello disciplinare OEPV requisiti economici e tecnici Versione 4 15.11.2021

dei requisiti di altri soggetti, anche partecipanti al raggruppamento.

Non è consentito l'avvalimento per la dimostrazione dei requisiti generali e di idoneità professionale (*ad esempio: iscrizione alla CCIAA oppure a specifici Albi*).

Ai sensi dell'art. 89, comma 1, del Codice, il contratto di avvalimento contiene, **a pena di nullità**, la specificazione dei requisiti forniti e delle risorse messe a disposizione dall'ausiliaria.

Il concorrente e l'ausiliaria sono responsabili in solido nei confronti dell'Amministrazione in relazione alle prestazioni oggetto del Contratto.

È ammesso l'avvalimento di più ausiliarie. L'ausiliaria non può avvalersi a sua volta di altro soggetto.

Ai sensi dell'art. 89, comma 7 del Codice, **a pena di esclusione**, non è consentito che l'ausiliaria presti avvalimento per più di un concorrente e che partecipino alla gara sia l'ausiliaria che l'impresa che si avvale dei requisiti.

L'ausiliaria può assumere il ruolo di subappaltatore nei limiti dei requisiti prestati.

Nel caso di dichiarazioni mendaci si procede all'esclusione del concorrente e all'escussione della garanzia ai sensi dell'art. 89, comma 1, ferma restando l'applicazione dell'art. 80, comma 12 del Codice.

Ad eccezione dei casi in cui sussistano dichiarazioni mendaci, qualora per l'ausiliaria sussistano motivi obbligatori di esclusione o laddove essa non soddisfi i pertinenti criteri di selezione, la stazione appaltante impone, ai sensi dell'art. 89, comma 3 del Codice, al concorrente di sostituire l'ausiliaria.

In qualunque fase della gara sia necessaria la sostituzione dell'ausiliaria, la Commissione o l'organo/Ufficio competente per detta fase comunica l'esigenza al RDP, il quale richiede per iscritto, secondo le modalità di cui al punto 2.3, al concorrente la sostituzione dell'ausiliaria, assegnando un termine congruo per l'adempimento, decorrente dal ricevimento della richiesta.

Il concorrente, entro tale termine, deve produrre i documenti dell'ausiliaria subentrante (nuove dichiarazioni di avvalimento da parte del concorrente, il DGUE della nuova ausiliaria nonché il nuovo contratto di avvalimento). In caso di inutile decorso del termine, ovvero in caso di mancata richiesta di proroga del medesimo, la stazione appaltante procede all'esclusione del concorrente dalla procedura.

È sanabile, mediante soccorso istruttorio, la mancata produzione della dichiarazione di avvalimento o del contratto di avvalimento, a condizione che i citati elementi siano preesistenti e comprovabili con documenti di data certa, anteriore al termine di presentazione dell'offerta.

La mancata indicazione dei requisiti e delle risorse messi a disposizione dall'impresa ausiliaria non è sanabile in quanto causa di nullità del contratto di avvalimento.

9. SUBAPPALTO

Il concorrente potrà subappaltare le prestazioni contrattuali dietro autorizzazione dell'INFN, e in conformità all'art. 105 del d.lgs. 50/2016 e s.m.i., solo se lo avrà dichiarato in sede di offerta.

In ragione delle specifiche caratteristiche dell'appalto, nel rispetto dell'art 105 co. 2, terzo periodo, le attività di Valutazione e Assunzione del Rischio devono rimanere in capo esclusivamente all'aggiudicatario mentre, se ritenuto necessario, le attività connesse al Network e alla gestione operativa dei sinistri si possono sub-appaltare.

10. GARANZIA PROVVISORIA

L'offerta è corredata da:

- 1) **una garanzia provvisoria**, come definita dall'art. 93 del Codice, pari a 2% del prezzo base dell'appalto ovvero altra percentuale ai sensi dell'art. 93, comma 1 del Codice salvo quanto previsto all'art. 93, comma 7 del Codice
- 2) **una dichiarazione di impegno**, da parte di un istituto bancario o assicurativo o altro soggetto di cui all'art. 93, comma 3 del Codice, anche diverso da quello che ha rilasciato la garanzia provvisoria, **a rilasciare garanzia fideiussoria definitiva** ai sensi Modello disciplinare OEPV requisiti economici e tecnici Versione 4 15.11.2021

dell'articolo 93, comma 8 del Codice, qualora il concorrente risulti affidatario. Tale dichiarazione di impegno non è richiesta alle microimprese, piccole e medie imprese e ai raggruppamenti temporanei o consorzi ordinari esclusivamente dalle medesime costituiti.

Ai sensi dell'art. 93, comma 6 del Codice, la garanzia provvisoria copre la mancata sottoscrizione del contratto, dopo l'aggiudicazione, dovuta ad ogni fatto riconducibile all'affidatario o all'adozione di informazione antimafia interdittiva emessa ai sensi degli articoli 84 e 91 del d. lgs. 6 settembre 2011, n. 159.

Sono fatti riconducibili all'affidatario, tra l'altro, la mancata prova del possesso dei requisiti generali e speciali; la mancata produzione della documentazione richiesta e necessaria per la stipula della contratto.

L'eventuale esclusione dalla gara prima dell'aggiudicazione, al di fuori dei casi di cui all'art. 89 comma 1 del Codice, non comporterà l'escussione della garanzia provvisoria.

La garanzia provvisoria copre, ai sensi dell'art. 89, comma 1 del Codice, anche le dichiarazioni mendaci rese nell'ambito dell'avvalimento.

La **garanzia provvisoria è costituita**, a scelta del concorrente:

- a. in titoli del debito pubblico garantiti dallo Stato depositati presso una sezione di tesoreria provinciale o presso le aziende autorizzate, a titolo di pegno, a favore della stazione appaltante; il valore deve essere al corso del giorno del deposito;
- b. fideiussione bancaria o assicurativa rilasciata da imprese bancarie o assicurative che rispondano ai requisiti di cui all'art. 93, comma 3 del Codice. In ogni caso, la garanzia fideiussoria è conforme allo schema tipo di cui all'art. 103, comma 9 del Codice. Gli operatori economici, prima di procedere alla sottoscrizione, sono tenuti a verificare che il soggetto garante sia in possesso dell'autorizzazione al rilascio di garanzie mediante accesso ai seguenti siti internet:
 - <http://www.bancaditalia.it/compiti/vigilanza/intermediari/index.html>
 - <http://www.bancaditalia.it/compiti/vigilanza/avvisi-pub/garanzie-finanziarie/>
 - http://www.bancaditalia.it/compiti/vigilanza/avvisi-pub/soggetti-non-legittimati/Intermediari_non_abilitati.pdf
 - <http://www.ivass.it/ivass/impreses.jsp/HomePage.jsp>

In caso di prestazione di **garanzia fideiussoria**, questa dovrà:

- 1) contenere espressa menzione dell'oggetto e del soggetto garantito;
 - 2) essere intestata a tutti gli operatori economici del costituito/constituendo raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario o GIE, ovvero a tutte le imprese retiste che partecipano alla gara ovvero, in caso di consorzi di cui all'art. 45, comma 2 lett. b) e c), del Codice, al solo consorzio;
 - 3) essere conforme allo schema tipo approvato con decreto del Ministro dello sviluppo economico di concerto con il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti e previamente concordato con le banche e le assicurazioni o loro rappresentanze; essere conforme agli schemi di polizza tipo di cui Decreto del Ministero delle attività produttive del 19 gennaio 2018, n. 31;
 - 4) avere validità per almeno 180 gg. dal termine ultimo per la presentazione dell'offerta;
 - 5) prevedere espressamente:
 - a. la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore principale di cui all'art. 1944 del codice civile, volendo ed intendendo restare obbligata in solido con il debitore;
 - b. la rinuncia ad eccepire la decorrenza dei termini di cui all'art. 1957 del codice civile;
 - c. la loro operatività entro quindici giorni a semplice richiesta scritta della stazione appaltante;
 - 6) contenere l'impegno a rilasciare la garanzia definitiva, ove rilasciata dal medesimo garante;
 - 7) essere corredata dall'impegno del garante a rinnovare la garanzia ai sensi dell'art. 93, comma 5 del Codice, su richiesta della
- Modello disciplinare OEPV requisiti economici e tecnici Versione 4 15.11.2021

stazione appaltante per il tempo necessario alla conclusione delle operazioni di gara, nel caso in cui al momento della sua scadenza non sia ancora intervenuta l'aggiudicazione;

- 8) riportare l'autentica della sottoscrizione del garante; oppure in alternativa
- 9) essere corredata da una dichiarazione sostitutiva di atto notorio del fideiussore che attesti il potere di impegnare con la sottoscrizione la società fideiussore nei confronti della stazione appaltante.]

La garanzia fideiussoria e la dichiarazione di impegno devono essere **sottoscritte** da un soggetto in possesso dei poteri necessari per impegnare il garante ed essere **prodotte** in una delle seguenti forme:

- documento informatico, ai sensi dell'art. 1, lett. p) del d.lgs. 7 marzo 2005 n. 82 sottoscritto con firma digitale (obbligatoria per gli operatori con sede in Italia) dal soggetto in possesso dei poteri necessari per impegnare il garante;
- copia informatica di documento analogico (scansione di documento cartaceo) secondo le modalità previste dall'art. 22, commi 1 e 2, del d.lgs. 82/2005. In tali ultimi casi la conformità del documento all'originale dovrà esser attestata dal pubblico ufficiale mediante apposizione di firma digitale (art. 22, comma 1, del d.lgs. 82/2005) ovvero da apposita dichiarazione di autenticità sottoscritta con firma digitale dal notaio o dal pubblico ufficiale (art. 22, comma 2 del d.lgs. 82/2005);
- duplicato informatico di documento informatico ai sensi dell'art. 23 bis del d.lgs. 82/2005 se prodotta in conformità alle regole tecniche di cui all'articolo 71 del medesimo decreto.

In caso di richiesta di estensione della durata e validità dell'offerta e della garanzia fideiussoria, il concorrente potrà produrre una nuova garanzia provvisoria di altro garante, in sostituzione della precedente, a condizione che abbia **espressa decorrenza dalla data di presentazione dell'offerta.**

L'importo della garanzia e del suo eventuale rinnovo è **ridotto** secondo le misure e le modalità di cui all'art. 93, comma 7, del Codice

Per fruire di dette riduzioni il concorrente segnala e documenta nell'offerta il possesso dei relativi requisiti fornendo copia dei certificati posseduti.

In caso di partecipazione in forma associata, la riduzione del 50% per il possesso della certificazione del sistema di qualità di cui all'articolo 93, comma 7, si ottiene:

- a. in caso di partecipazione dei soggetti di cui all'art. 45, comma 2, lett. d), e), f), g), del Codice solo se tutte le imprese che costituiscono il raggruppamento, consorzio ordinario o GEIE, o tutte le imprese retiste che partecipano alla gara siano in possesso della predetta certificazione;
- b. in caso di partecipazione in consorzio di cui all'art. 45, comma 2, lett. b) e c) del Codice, solo se la predetta certificazione sia posseduta dal consorzio e/o dalle consorziate.

Le altre riduzioni previste dall'art. 93, comma 7, del Codice si ottengono nel caso di possesso da parte di una sola associata oppure, per i consorzi di cui all'art. 45, comma 2, lett. b) e c) del Codice, da parte del consorzio e/o delle consorziate.

È sanabile, mediante soccorso istruttorio, la mancata presentazione della garanzia provvisoria e/o dell'impegno a rilasciare garanzia fideiussoria definitiva solo a condizione che siano stati già costituiti prima della presentazione dell'offerta. È onere dell'operatore economico dimostrare che tali documenti siano costituiti in data non successiva al termine di scadenza della presentazione delle offerte. Ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 82/2005, la data e l'ora di formazione del documento informatico sono opponibili ai terzi se apposte in conformità alle regole tecniche sulla validazione (es.: marcatura temporale).

È sanabile, altresì, la presentazione di una garanzia di valore inferiore o priva di una o più caratteristiche tra quelle sopra indicate (intestazione solo ad alcuni partecipanti al RTI, carenza delle clausole obbligatorie, etc.).

Non è sanabile – e quindi è causa di esclusione - la sottoscrizione della garanzia provvisoria da parte di un soggetto non legittimato a rilasciare la garanzia o non autorizzato ad impegnare il garante.

11. PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO A FAVORE DELL'ANAC

I concorrenti effettuano, a **pena di esclusione**, il pagamento del contributo previsto dalla legge in favore dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per un importo pari a € **200,00** secondo le modalità di cui alla delibera ANAC n. 830 del 21.12.2021 pubblicata sul sito dell'ANAC nella sezione "contributi in sede di gara".

A riprova dell'avvenuto pagamento del contributo all'A.N.AC., il partecipante deve inviare e fare pervenire all'Amministrazione attraverso il caricamento a Sistema tra la documentazione amministrativa:

- a) in caso di versamento **on line** mediante carta di credito dei circuiti Visa, MasterCard, Diners, American Express, copia della ricevuta, trasmessa dal "sistema di riscossione", del versamento del contributo;
- b) in caso di versamento in contanti – mediante il modello di pagamento rilasciato dal Servizio di riscossione e attraverso i punti vendita della rete dei tabaccai abilitati - copia dello scontrino rilasciato dal punto vendita corredata da dichiarazione di conformità all'originale ai sensi del DPR 445/2000, sottoscritta con firma digitale (obbligatoria per gli operatori con sede in Italia. Nel solo caso di operatori economici esteri, qualora non sia possibile l'utilizzo della firma digitale, il documento potrà essere sottoscritto con firma olografa su documento scansionato e corredata da copia del documento d'identità del legale rappresentante firmata dal medesimo) del legale rappresentante avente i poteri necessari per impegnare l'impresa nella presente procedura;
- c) in caso di versamento attraverso bonifico bancario internazionale da parte di operatore economico straniero copia della ricevuta del bonifico bancario corredata da dichiarazione di autenticità, sottoscritta con firma digitale (obbligatoria per gli operatori con sede in Italia. Nel solo caso di operatori economici esteri, qualora non sia possibile l'utilizzo della firma digitale, il documento potrà essere sottoscritto con firma olografa su documento scansionato e corredata da copia del documento d'identità del legale rappresentante firmata dal medesimo) del legale rappresentante avente i poteri necessari per impegnare l'impresa nella presente procedura.

La mancata presentazione della ricevuta potrà essere sanata ai sensi dell'art. 83, comma 9 del Codice.

In caso di mancata dimostrazione dell'avvenuto pagamento, la stazione appaltante **esclude** il concorrente dalla procedura di gara, ai sensi dell'art. 1, comma 67 della l. 266/2005.

12. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELL'OFFERTA E SOTTOSCRIZIONE DEI DOCUMENTI DI GARA

Tutti documenti relativi alla presente procedura fino all'aggiudicazione dovranno essere inviati all'Amministrazione, ove non diversamente previsto, esclusivamente per via telematica attraverso la Piattaforma telematica in formato elettronico ed essere sottoscritti, ove richiesto, con firma digitale di cui all'art. 1, comma 1, lett. s) del D. Lgs.n. 82/2005. Nel caso di operatori economici esteri, qualora non sia possibile l'utilizzo della firma digitale l'offerta potrà essere sottoscritta con firma olografa su documento scansionato e corredata da copia del documento d'identità del legale rappresentante firmata dal medesimo.

La documentazione dovrà essere fatta pervenire dal concorrente all'Amministrazione attraverso il Sistema, **entro e non oltre il termine perentorio delle ore 12:00:00 del giorno indicato al punto IV.2.2) del Bando di gara e come riportato all'interno del Timing di gara contenuto all'interno dell'Allegato 1**, pena l'irricevibilità dell'offerta e comunque la sua irregolarità.

La documentazione richiesta è composta da:

A – **Documentazione amministrativa;**

B – **Offerta tecnica**

C – **Offerta economica.**

Tale documentazione dovrà essere caricata, con le modalità indicate all'interno del Disciplinare telematico di gara e Timing di gara (Allegato 1).

Si ricorda di non indicare o fornire i dati dell'offerta economica nella parte amministrativa e tecnica (se prevista), pena l'esclusione dalla procedura.

Per i concorrenti aventi sede legale in Italia o in uno dei Paesi dell'Unione europea, le dichiarazioni sostitutive si redigono ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.p.r. 445/2000; per i concorrenti non aventi sede legale in uno dei Paesi dell'Unione europea, le dichiarazioni sostitutive sono rese mediante documentazione idonea equivalente secondo la legislazione dello Stato di appartenenza.

Tutte le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. 445/2000, ivi compreso il DGUE, la domanda di partecipazione, l'offerta tecnica e l'offerta economica devono essere sottoscritte con firma digitale dal rappresentante legale del concorrente o suo procuratore.

La documentazione, ove non richiesta espressamente in originale, potrà essere prodotta in copia autentica o in copia conforme ai sensi, rispettivamente, degli artt. 18 e 19 del d.p.r. 445/2000. Ove non diversamente specificato è ammessa la copia semplice.

In caso di concorrenti non stabiliti in Italia, la documentazione dovrà essere prodotta in modalità idonea equivalente secondo la legislazione dello Stato di appartenenza; si applicano gli articoli 83, comma 3, 86 e 90 del Codice.

Tutta la documentazione da produrre deve essere in lingua italiana o, se redatta in lingua straniera, deve essere corredata da traduzione giurata in lingua italiana.

In caso di contrasto tra testo in lingua straniera e testo in lingua italiana prevarrà la versione in lingua italiana, essendo a rischio del concorrente assicurare la fedeltà della traduzione.

In caso di mancanza, incompletezza o irregolarità della traduzione dei documenti contenuti nella Documentazione amministrativa, **si applica l'art. 83, comma 9 del Codice.**

L'offerta vincherà il concorrente ai sensi dell'art. 32, comma 4 del Codice per 180 giorni dalla scadenza del termine indicato per la presentazione dell'offerta.

Nel caso in cui alla data di scadenza della validità delle offerte le operazioni di gara siano ancora in corso, la stazione appaltante potrà richiedere agli offerenti, ai sensi dell'art. 32, comma 4 del Codice, di confermare la validità dell'offerta sino alla data che sarà indicata e di produrre un apposito documento attestante la validità della garanzia prestata in sede di gara fino alla medesima data.

Il mancato riscontro alla richiesta della stazione appaltante sarà considerato come rinuncia del concorrente alla partecipazione alla gara.

13. SOCCORSO ISTRUTTORIO

Le carenze di qualsiasi elemento formale della domanda, e in particolare, la mancanza, l'incompletezza e ogni altra irregolarità essenziale degli elementi e del DGUE, con esclusione di quelle afferenti all'offerta economica e all'offerta tecnica, possono essere sanate attraverso la procedura di soccorso istruttorio di cui all'art. 83, comma 9 del Codice.

Modello disciplinare OEPV requisiti economici e tecnici Versione 4 15.11.2021

L'irregolarità essenziale è sanabile laddove non si accompagni ad una carenza sostanziale del requisito alla cui dimostrazione la documentazione omessa o irregolarmente prodotta era finalizzata. La successiva correzione o integrazione documentale è ammessa laddove consenta di attestare l'esistenza di circostanze preesistenti, vale a dire requisiti previsti per la partecipazione e documenti/elementi a corredo dell'offerta. Nello specifico valgono le seguenti regole:

- il mancato possesso dei prescritti requisiti di partecipazione non è sanabile mediante soccorso istruttorio e determina l'esclusione dalla procedura di gara;
- l'omessa o incompleta nonché irregolare presentazione delle dichiarazioni sul possesso dei requisiti di partecipazione e ogni altra mancanza, incompletezza o irregolarità del DGUE e della domanda, ivi compreso il difetto di sottoscrizione, sono sanabili, ad eccezione delle false dichiarazioni;
- la mancata produzione della dichiarazione di avalimento o del contratto di avalimento, può essere oggetto di soccorso istruttorio solo se i citati elementi erano preesistenti e comprovabili con documenti di data certa anteriore al termine di presentazione dell'offerta;
- la mancata presentazione di elementi a corredo dell'offerta (es. garanzia provvisoria e impegno del fideiussore) ovvero di condizioni di partecipazione gara (es. mandato collettivo speciale o impegno a conferire mandato collettivo), entrambi aventi rilevanza in fase di gara, sono sanabili;
- la mancata presentazione di dichiarazioni e/o elementi a corredo dell'offerta, che hanno rilevanza in fase esecutiva (es. dichiarazione delle parti del servizio/fornitura ai sensi dell'art. 48, comma 4 del Codice) sono sanabili.

Ai fini della sanatoria la stazione appaltante, per il tramite del proprio organo interno, competente per questa fase, assegna al concorrente un congruo termine - non superiore a dieci giorni - perché siano rese, integrate o regolarizzate le dichiarazioni necessarie, indicando il contenuto e i soggetti che le devono rendere.

Ove il concorrente produca dichiarazioni o documenti non perfettamente coerenti con la richiesta, la stazione appaltante può chiedere ulteriori precisazioni o chiarimenti, fissando un termine perentorio a pena di esclusione.

In caso di inutile decorso del termine, la stazione appaltante procede all'**esclusione** del concorrente dalla procedura.

Al di fuori delle ipotesi di cui all'articolo 83, comma 9, del Codice è facoltà della stazione appaltante, per il tramite del proprio organo interno competente per la specifica fase, invitare, se necessario, i concorrenti a fornire chiarimenti in ordine al contenuto dei certificati, documenti e dichiarazioni presentati.

In merito alle modalità di caricamento si rimanda all'interno del Disciplinare telematico di gara e Timing di gara (Allegato 1).

14. CONTENUTO DELLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

La Documentazione amministrativa è costituita da: la domanda di partecipazione (che include le dichiarazioni integrative), il DGUE nonché la documentazione a corredo, in relazione alle diverse forme di partecipazione e dovrà essere caricata a sistema secondo le istruzioni contenute all'interno del "Disciplinare telematico di gara" (Allegato 1).

Ciascun concorrente, partecipando alla presente procedura di appalto, accetta, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nella documentazione gara.

14.1 DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

La domanda di partecipazione è redatta, in bollo (marca da bollo da € 16,00), preferibilmente secondo il modello messo a disposizione dalla stazione appaltante.

La domanda di partecipazione dovrà essere caricata a Sistema secondo le istruzioni contenute all'interno del "Disciplinare telematico di gara e Timing di gara" - Documentazione amministrativa" (Allegato 1).

Il concorrente indica la forma singola o associata con la quale l'impresa partecipa alla gara (impresa singola, consorzio, RTI, aggregazione di imprese di rete, GEIE).

Modello disciplinare OEPV requisiti economici e tecnici Versione 4 15.11.2021

In caso di partecipazione in RTI, consorzio ordinario, aggregazione di imprese di rete, GEIE, il concorrente fornisce i dati identificativi (ragione sociale, codice fiscale, sede) e il ruolo di ciascuna impresa (mandataria/mandante; capofila/consorziata).

Nel caso di consorzio di cooperative e imprese artigiane o di consorzio stabile di cui all'art. 45, comma 2 lett. b) e c) del Codice, il consorzio indica il consorziato per il quale concorre alla gara; qualora il consorzio non indichi per quale/i consorziato/i concorre, si intende che lo stesso partecipa in nome e per conto proprio.

La domanda è sottoscritta con firma digitale (obbligatoria per gli operatori con sede in Italia. Nel solo caso di operatori economici esteri, qualora non sia possibile l'utilizzo della firma digitale, l'offerta potrà essere sottoscritta con firma olografa su documento scansionato e corredato da copia del documento d'identità del legale rappresentante firmata dal medesimo), con le modalità di cui al Punto: "MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELL'OFFERTA E SOTTOSCRIZIONE DEI DOCUMENTI DI GARA":

- nel caso di raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario costituiti, dalla mandataria/capofila.
- nel caso di raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario non ancora costituiti, da tutti i soggetti che costituiranno il raggruppamento o consorzio;
- nel caso di aggregazioni di imprese aderenti al contratto di rete si fa riferimento alla disciplina prevista per i raggruppamenti temporanei di imprese, in quanto compatibile. In particolare:
 - a. **se la rete è dotata di un organo comune con potere di rappresentanza e con soggettività giuridica**, ai sensi dell'art. 3, comma 4-*quater*, del d.l. 10 febbraio 2009, n. 5, la domanda di partecipazione deve essere sottoscritta dal solo operatore economico che riveste la funzione di organo comune;
 - b. **se la rete è dotata di un organo comune con potere di rappresentanza ma è priva di soggettività giuridica**, ai sensi dell'art. 3, comma 4-*quater*, del d.l. 10 febbraio 2009, n. 5, la domanda di partecipazione deve essere sottoscritta dall'impresa che riveste le funzioni di organo comune nonché da ognuna delle imprese aderenti al contratto di rete che partecipano alla gara;
 - c. **se la rete è dotata di un organo comune privo del potere di rappresentanza o se la rete è sprovvista di organo comune, oppure se l'organo comune è privo dei requisiti di qualificazione richiesti per assumere la veste di mandataria**, la domanda di partecipazione deve essere sottoscritta dall'impresa aderente alla rete che riveste la qualifica di mandataria, ovvero, in caso di partecipazione nelle forme del raggruppamento da costituirsi, da ognuna delle imprese aderenti al contratto di rete che partecipa alla gara;
- nel caso di consorzio di cooperative e imprese artigiane o di consorzio stabile di cui all'art. 45, comma 2 lett. b) e c) del Codice, la domanda è sottoscritta dal consorzio medesimo.

Nel caso di operatori economici esteri, la domanda potrà essere sottoscritta con firma olografa su documento scansionato e corredato da copia del documento d'identità del legale rappresentante firmata dal medesimo

Nel caso in cui il concorrente utilizzi la "domanda di partecipazione" messa a disposizione dalla stazione appaltante, essa deve essere predisposta e sottoscritta:

- in caso di RTI e Consorzi ordinari costituiti/costituendi da ciascuno dei soggetti che costituiscono /costituiranno il raggruppamento o consorzio;
- in caso di aggregazioni di rete dall'organo comune, dalla mandataria e da ognuna delle imprese aderenti al contratto di rete che partecipano alla gara;
- nel caso di consorzio di cooperative e imprese artigiane o di consorzio stabile di cui all'art. 45, comma 2 lett. b) e c) del Codice, dal consorzio medesimo e da ognuna delle imprese esecutrici.

In tal caso il bollo è però dovuto:

- in caso di RTI e consorzi ordinari costituiti/costituendi solo dalla mandataria capogruppo;
- nel caso di consorzi stabili di cui all'art. 45, comma 2 lett. b) e c) del Codice, dal consorzio medesimo;

Modello disciplinare OEPV requisiti economici e tecnici Versione 4 15.11.2021

- nel caso di aggregazioni di rete dall'organo comune/mandataria.

Il concorrente allega copia conforme all'originale della procura oppure nel solo caso in cui dalla visura camerale del concorrente risulti l'indicazione espressa dei poteri rappresentativi conferiti con la procura, la dichiarazione sostitutiva resa dal procuratore/legale rappresentante sottoscrittore attestante la sussistenza dei poteri rappresentativi risultanti dalla visura].

Modalità di pagamento del bollo

Il pagamento della suddetta imposta del valore di Euro 16,00 dovrà avvenire mediante l'utilizzo del modello F24 telematico, con specifica indicazione dei dati identificativi del Concorrente (denominazione o ragione sociale, sede sociale, Prov., codice fiscale); in caso di soggetti di cui all'art. 45, comma 2, lett. d) ed e) del d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i. i dati sono quelli della mandataria capogruppo o di una mandante/consorzata e in caso di soggetti di cui all'art. 45, comma 2, lett. b) ed c) del predetto decreto i dati sono quelli del Consorzio o di una consorzata esecutrice.

Nel modello andranno riportati gli ulteriori dati richiesti nelle colonne poste sotto la sezione Erario come di seguito specificato: (1) codice tributo: 2501, (3) l'anno in cui si effettua il versamento es: 2020, (4) € 16,00, (6) somma importi a debito indicati nella sezione erario (€ 16,00), (8) SALDO (€ 16,00). I campi (2), (5), (7), (9), (10) non devono essere compilati.

A comprova del pagamento effettuato, il concorrente dovrà inviare e far pervenire all'INFN, entro il termine di presentazione dell'offerta, attraverso il caricamento in Piattaforma nella cartella dedicata alla documentazione amministrativa la quietanza elettronica (scansione) del modello F24 telematico, opportunamente compilato, con il quale è stato effettuato il pagamento e un'autodichiarazione, contenente l'indicazione dell'oggetto e del CIG della gara, finalizzata a dimostrare che tale versamento si riferisce, specificatamente, all'assolvimento dell'imposta di bollo dovuta per la partecipazione alla medesima gara.

14.2 DOCUMENTO DI GARA UNICO EUROPEO

Il concorrente compila il DGUE di cui allo schema allegato al DM del Ministero delle Infrastrutture e Trasporti del 18 luglio 2016, aggiornato con le modifiche apportate al Codice dei contratti pubblici dal d.lgs. n. 56/2017 e dal D.L. n. 32/2019 convertito dalla L. n. 55/2019, secondo quanto di seguito indicato. **È fortemente** consigliato l'utilizzo di questo modello per gli aggiornamenti apportati; in caso contrario, sarà necessario allegare le dichiarazioni sostitutive integrative relative alle parti mancanti nel DGUE nella versione non aggiornata.

Parte I – Informazioni sulla procedura di appalto e sull'amministrazione aggiudicatrice o ente aggiudicatore

Il concorrente rende tutte le informazioni richieste relative alla procedura di appalto.

Parte II – Informazioni sull'operatore economico

Il concorrente rende tutte le informazioni richieste mediante la compilazione delle parti pertinenti.

In caso di ricorso all'avvalimento si richiede la compilazione della sezione C

Il concorrente indica la denominazione dell'operatore economico ausiliario e i requisiti oggetto di avvalimento.

Il concorrente, per ciascuna ausiliaria, allega:

- 1) DGUE, a firma digitale dell'ausiliaria, contenente le informazioni di cui alla parte II, sezioni A e B, alla parte III, alla parte IV, in relazione ai requisiti oggetto di avvalimento, e alla parte VI;
- 2) dichiarazione sostitutiva di cui all'art. 89, comma 1 del Codice, sottoscritta con firma digitale da soggetto munito di idonei poteri dell'ausiliaria, con la quale quest'ultima si obbliga, verso il concorrente e verso la stazione appaltante, a mettere a disposizione, per tutta la durata dell'appalto, le risorse necessarie di cui è carente il concorrente;
- 3) dichiarazione sostitutiva di cui all'art. 89, comma 7, del Codice sottoscritta con firma digitale da soggetto munito di idonei poteri dell'ausiliaria con la quale quest'ultima attesta di non partecipare alla gara in proprio o come associata o consorzata;
- 4) originale sottoscritto digitalmente o copia autentica del contratto di avvalimento, in virtù del quale l'ausiliaria si obbliga, nei

confronti del concorrente, a fornire i requisiti e a mettere a disposizione le risorse necessarie, che devono essere dettagliatamente descritte, per tutta la durata dell'appalto.

A tal fine il contratto di avvalimento contiene, **a pena di nullità**, ai sensi dell'art. 89 comma 1 del Codice, la specificazione dei requisiti forniti e delle risorse messe a disposizione dall'ausiliaria;

In caso di ricorso al subappalto si richiede la compilazione della sezione D

Il concorrente, pena l'impossibilità di ricorrere al subappalto, indica l'elenco delle prestazioni che intende subappaltare con la relativa quota percentuale dell'importo complessivo del contratto.

Parte III – Motivi di esclusione

Il concorrente dichiara di non trovarsi nelle condizioni previste dal punto 6 del presente disciplinare (Sez. A-B-C-D).

Parte IV – Criteri di selezione

Il concorrente dichiara di possedere tutti i requisiti richiesti dai criteri di selezione compilando quanto segue

- a) la sezione A per dichiarare il possesso del requisito relativo all'idoneità professionale di cui par. 7.1 del presente disciplinare;
- b) la sezione B per dichiarare il possesso del requisito relativo alla capacità economico-finanziaria di cui al par. 7.2 del presente disciplinare;
- c) la sezione C per dichiarare il possesso del requisito relativo alla capacità professionale e tecnica di cui al par. 7.3 del presente disciplinare;

Parte VI – Dichiarazioni finali

Il concorrente rende tutte le informazioni richieste mediante la compilazione delle parti pertinenti.

Il DGUE deve essere presentato e sottoscritto digitalmente (obbligatoriamente per gli operatori con sede in Italia. Nel solo caso di operatori economici esteri, qualora non sia possibile l'utilizzo della firma digitale, l'offerta potrà essere sottoscritta con firma olografa su documento scansionato e corredato da copia del documento d'identità del legale rappresentante firmata dal medesimo):

- nel caso di raggruppamenti temporanei, consorzi ordinari, GEIE, da tutti gli operatori economici che partecipano alla procedura in forma congiunta;
- nel caso di aggregazioni di imprese di rete da ognuna delle imprese retiste, se l'intera rete partecipa, ovvero dall'organo comune e dalle singole imprese retiste indicate;
- nel caso di consorzi cooperativi, di consorzi artigiani e di consorzi stabili, dal consorzio e dai consorziati per conto dei quali il consorzio concorre.

In caso di incorporazione, fusione societaria o cessione d'azienda, le dichiarazioni di cui all'art. 80, commi 1, 2 e 5, lett. l) del Codice, devono riferirsi anche ai soggetti di cui all'art. 80 comma 3 del Codice che hanno operato presso la società incorporata, fusasi o che ha ceduto l'azienda nell'anno antecedente la data di pubblicazione del bando di gara.

14.2.1 Documentazione a corredo

Il concorrente allega:

1. documento attestante la garanzia provvisoria, con allegata dichiarazione di impegno di un fideiussore di cui all'art. 93, comma 8 del Codice;

2. PASSOE di cui all'art. 2, comma 3 lett. b) della delibera ANAC n. 157/2016, relativo al concorrente; in aggiunta, nel caso in cui il concorrente ricorra all'avvalimento ai sensi dell'art. 49 del Codice, anche il PASSOE relativo all'ausiliaria; In caso di subappalto, se la denominazione ed indicazione del subappaltatore è di immediata individuazione in sede di gara, può essere facoltativamente riportato anche tale dato nella sezione D, insieme alla quota e all'oggetto del subappalto e può essere allegato il PassOE anche del subappaltatore, in modo che le verifiche sui requisiti possano essere effettuate in modo celere tramite sistema AvcPass. In caso contrario, in sede di invio della comunicazione di aggiudicazione da parte della Stazione Appaltante, verrà richiesto di inviare tutti i documenti necessari alle verifiche di cui sopra, da effettuarsi fuori dal sistema AvcPass.

Per gli operatori economici che presentano la cauzione provvisoria in misura ridotta, ai sensi dell'art. 93, comma 7 del Codice

3. copia conforme della certificazione di cui all'art. 93, comma 7 del Codice che giustifica la riduzione dell'importo della cauzione
4. copia della ricevuta di versamento del contributo per la partecipazione alla gara
5. patto di integrità firmato per accettazione

14.2.2 Documentazione e dichiarazioni ulteriori per i soggetti associati

Le dichiarazioni di cui al presente paragrafo sono sottoscritte secondo le modalità di cui al punto 14.1.

Per i raggruppamenti temporanei già costituiti

- copia autentica del **mandato collettivo irrevocabile** con rappresentanza conferito alla mandataria per atto pubblico o scrittura privata autenticata.
- dichiarazione in cui si indica, ai sensi dell'art. 48, co 4 del Codice, le **parti del servizio/fornitura**, ovvero la **percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili**, che saranno eseguite dai singoli operatori economici riuniti o consorziati.

Per i consorzi ordinari o GEIE già costituiti

- atto costitutivo e statuto del consorzio o GEIE, in copia autentica, con indicazione del soggetto designato quale capofila;
- dichiarazione in cui si indica, ai sensi dell'art. 48, co 4 del Codice, le parti del servizio/fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici consorziati.

Per i raggruppamenti temporanei o consorzi ordinari o GEIE non ancora costituiti

- dichiarazione attestante:
 - a. l'operatore economico al quale, in caso di aggiudicazione, sarà conferito mandato speciale con rappresentanza o funzioni di capogruppo;
 - b. l'impegno, in caso di aggiudicazione, ad uniformarsi alla disciplina vigente con riguardo ai raggruppamenti temporanei o consorzi o GEIE ai sensi dell'art. 48 comma 8 del Codice conferendo mandato collettivo speciale con rappresentanza all'impresa qualificata come mandataria che stipulerà il contratto in nome e per conto delle mandanti/consorziate;
 - c. dichiarazione in cui si indica, ai sensi dell'art. 48, co 4 del Codice, le parti del servizio/fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici riuniti o consorziati.

Per le aggregazioni di imprese aderenti al contratto di rete: se la rete è dotata di un organo comune con potere di rappresentanza e soggettività giuridica

- **copia autentica o copia conforme del contratto di rete**, redatto per atto pubblico o scrittura privata autenticata, ovvero per atto firmato digitalmente a norma dell'art. 25 del d.lgs. 82/2005, con indicazione dell'organo comune che agisce in rappresentanza della rete;
- dichiarazione, sottoscritta dal legale rappresentante dell'organo comune, che indichi per quali imprese la rete concorre;
- dichiarazione che indichi le parti del servizio o della fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici aggregati in rete.

Per le aggregazioni di imprese aderenti al contratto di rete: se la rete è dotata di un organo comune con potere di rappresentanza ma è priva di soggettività giuridica

- copia autentica del contratto di rete, redatto per atto pubblico o scrittura privata autenticata, ovvero per atto firmato digitalmente a norma dell'art. 25 del d.lgs. 82/2005, recante il mandato collettivo irrevocabile con rappresentanza conferito alla impresa mandataria; qualora il contratto di rete sia stato redatto con mera firma digitale non autenticata ai sensi dell'art. 24 del d.lgs. 82/2005, il mandato nel contratto di rete non può ritenersi sufficiente e sarà obbligatorio conferire un nuovo mandato nella forma della scrittura privata autenticata, anche ai sensi dell'art. 25 del d.lgs. 82/2005;
- dichiarazione che indichi le parti del servizio o della fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici aggregati in rete.

Per le aggregazioni di imprese aderenti al contratto di rete: se la rete è dotata di un organo comune privo del potere di rappresentanza o se la rete è sprovvista di organo comune, ovvero, se l'organo comune è privo dei requisiti di qualificazione richiesti, partecipa nelle forme del RTI costituito o costituendo:

- **in caso di RTI costituito:** copia autentica del contratto di rete, redatto per atto pubblico o scrittura privata autenticata ovvero per atto firmato digitalmente a norma dell'art. 25 del d.lgs. 82/2005 con allegato il mandato collettivo irrevocabile con rappresentanza conferito alla mandataria, recante l'indicazione del soggetto designato quale mandatario e delle parti del servizio o della fornitura, ovvero della percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici aggregati in rete; qualora il contratto di rete sia stato redatto con mera firma digitale non autenticata ai sensi dell'art. 24 del d.lgs. 82/2005, il mandato deve avere la forma dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata, anche ai sensi dell'art. 25 del d.lgs. 82/2005;
- **in caso di RTI costituendo:** copia autentica del contratto di rete, redatto per atto pubblico o scrittura privata autenticata, ovvero per atto firmato digitalmente a norma dell'art. 25 del d.lgs. 82/2005, con allegate le dichiarazioni, rese da ciascun concorrente aderente al contratto di rete, attestanti:
 - a. a quale concorrente, in caso di aggiudicazione, sarà conferito mandato speciale con rappresentanza o funzioni di capogruppo;
 - b. l'impegno, in caso di aggiudicazione, ad uniformarsi alla disciplina vigente in materia di raggruppamenti temporanei;
 - c. le parti del servizio o della fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici aggregati in rete.

Il mandato collettivo irrevocabile con rappresentanza potrà essere conferito alla mandataria con scrittura privata.

Qualora il contratto di rete sia stato redatto con mera firma digitale non autenticata ai sensi dell'art. 24 del d.lgs. 82/2005, il mandato dovrà avere la forma dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata, anche ai sensi dell'art. 25 del d.lgs. 82/2005.

Ai fini della partecipazione l'Amministrazione ha predisposto una "domanda di partecipazione" che contiene anche le dichiarazioni sopra elencate di cui al presente paragrafo 15.2.2 che il concorrente è invitato a utilizzare.

15. CONTENUTO DELLA OFFERTA TECNICA

Con riferimento alla presente procedura il concorrente deve a **pena di esclusione** dalla gara inviare e fare pervenire all'Amministrazione attraverso la Piattaforma, con le modalità indicate all'interno del Disciplinare telematico e Timing di gara (Allegato 1), l'Offerta tecnica composta da:

- a) **Progetto:** relazione esplicativa delle modalità tecniche ed operative dei servizi (anche gestionali) che la compagnia metterà a disposizione dell'INFN, relazione massimo di 4 pagine, font calibri 12.
- b) **Varianti Migliorative:** utilizzando il modello allegato messo a disposizione dall'amministrazione selezionare l'opzione offerta per

Modello disciplinare OEPV requisiti economici e tecnici Versione 4 15.11.2021

ogni variante elencata.

L'offerta tecnica deve rispettare le caratteristiche minime stabilite nel Capitolato Tecnico, nel rispetto del principio di equivalenza di cui all'art. 68 del Codice.

L'operatore economico indica, ai sensi dell'art. 45, comma 4, del Codice, il nome e le qualifiche professionali delle persone fisiche incaricate di fornire la prestazione relativa allo specifico contratto.

L'offerta tecnica deve essere sottoscritta con firma digitale dal legale rappresentante del concorrente o da un suo procuratore. Nel solo caso di operatori economici esteri, qualora non sia possibile l'utilizzo della firma digitale, l'offerta potrà essere sottoscritta con firma olografa su documento scansionato e corredato da copia del documento d'identità del legale rappresentante firmata dal medesimo.

Nel caso di concorrenti associati, l'offerta dovrà essere sottoscritta con le modalità indicate per la sottoscrizione della domanda di cui al punto 14.1.

16. CONTENUTO DELLA OFFERTA ECONOMICA

Con riferimento alla presente procedura, il concorrente dovrà, a pena di esclusione, inviare e fare pervenire all'Amministrazione attraverso la Piattaforma, con le modalità indicate all'interno del Disciplinare telematico e Timing di gara (Allegato 1), la documentazione economica.

L'"Offerta economica" contiene, a pena di esclusione, i seguenti elementi:

- **percentuale di sconto offerto sia in numeri che in lettere per l' area A**
(la % indicata sarà quindi applicabile alle restanti aree B e C)

Verranno prese in considerazione fino a due cifre decimali.

Qualora il concorrente inserisca valori con un numero maggiore di decimali, tali valori saranno arrotondati dal Sistema per difetto se la seconda cifra è compresa tra 0 e 4, e per eccesso se la seconda cifra è compresa tra 5 e

Ad esempio: o 12,243 verrà arrotondato a 12,24; o 12,248 verrà arrotondato a 12,25.

In caso di discordanza tra il numero e le lettere sarà presa come valida l'indicazione in lettere.

- la **stima dei costi aziendali relativi alla salute ed alla sicurezza sui luoghi di lavoro** di cui all'art. 95, comma 10 del Codice. Detti costi relativi alla sicurezza connessi con l'attività d'impresa dovranno risultare congrui rispetto all'entità e alle caratteristiche delle prestazioni oggetto dell'appalto.
- la **stima dei costi della manodopera**, ai sensi dell'art. 95, comma 10 del Codice;

L'offerta economica, è sottoscritta con firma digitale con le modalità indicate per la sottoscrizione della domanda di cui ai paragrafi 14.1 Nel solo caso di operatori economici esteri, qualora non sia possibile l'utilizzo della firma digitale, l'offerta potrà essere
Modello disciplinare OEPV requisiti economici e tecnici Versione 4 15.11.2021

sottoscritta con firma olografa su documento scansionato e corredato da copia del documento d'identità del legale rappresentante firmata dal medesimo.

Sono inammissibili le offerte economiche che superino l'importo a base d'asta.

17. CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE

Il Contratto è aggiudicato in base al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo, ai sensi dell'art. 95, comma 2, del Codice.

La valutazione dell'offerta tecnica e dell'offerta economica sarà effettuata in base ai seguenti punteggi

	PUNTEGGIO MASSIMO
Offerta tecnica	70
Offerta economica	30
TOTALE	100

17.1 Criteri di valutazione dell'offerta tecnica

Il punteggio dell'offerta tecnica è attribuito sulla base dei criteri di valutazione elencati nella sottostante tabella con la relativa ripartizione dei punteggi.

Nella colonna punti D vengono indicati i "**Punteggi discrezionali**", vale a dire i punteggi il cui coefficiente è attribuito in ragione dell'esercizio della discrezionalità spettante alla commissione giudicatrice.

Nella colonna punti T vengono indicati i "**Punteggi tabellari**", vale a dire i punteggi i cui coefficienti fissi e predefiniti che saranno attribuiti o non attribuiti in ragione dell'offerta o mancata offerta di quanto specificamente richiesto.

Tabella dei criteri discrezionali (D), quantitativi (Q) e tabellari (T) di valutazione dell'offerta tecnica

N°	CRITERI DI VALUTAZIONE	PUNTI MAX		SUB-CRITERI DI VALUTAZIONE	PUNTI D MAX	PUNTI T MAX
1	PROGETTO	6	1.1	portale a disposizione degli iscritti: si valuterà la semplicità nella gestione, la velocità di risposta, maggiore capienza per upload dei documenti	2	
			1.2	personale della centrale Operativa destinato alla gestione sinistri: si valuterà la specializzazione degli operatori (seniority), il team dedicato, numeri telefonici della Centrale operativa dedicati	2	
			1.3	Network presso i quali effettuare le prestazioni in forma diretta e/o con tariffe agevolate: si valuterà l'ampiezza dei network (migliorativa rispetto a quella minima prevista dal	2	

				capitolato), la capillarità dei network sul territorio nazionale, esistenza di un network internazionale		
2	VARIANTI MIGLIORATIVE	64		VEDI modello offerta tecnica: varianti migliorative		64
	Totale	70			6	64

17.2 METODO DI ATTRIBUZIONE DEL COEFFICIENTE PER IL CALCOLO DEL PUNTEGGIO DELL'OFFERTA TECNICA

- a) A ciascuno degli elementi qualitativi cui è assegnato un punteggio discrezionale nella colonna "D" della tabella, è attribuito un coefficiente sulla base del metodo discrezionale di un coefficiente variabile da zero ad uno da parte di ciascun commissario sulla base della seguente scala di misurazione:

COEFFICIENTE	RISPONDENZA
$0,0 \leq V(a)_h < 0,2$	Nulla o scarsa
$0,2 \leq V(a)_h < 0,4$	Limitata
$0,4 \leq V(a)_h < 0,6$	Sufficiente
$0,6 \leq V(a)_h < 0,8$	Discreta
$0,8 \leq V(a)_h \leq 1,0$	Ottima

Si determina in seguito il coefficiente $MediaV(a)_h$ variabile tra 0,0 e 1,0 calcolato come media aritmetica (approssimata per difetto alla seconda cifra decimale dopo la virgola) tra i valori attribuiti da ogni commissario ad ogni sub requisito di valutazione.

Si procede quindi alla riparametrazione rispetto al valore del coefficiente assegnato all'offerta con punteggio medio più alto del sub-criterio, denominato $V(a)_{max}$, e si assegna il coefficiente di valutazione dell'offerta rispetto al criterio i-esimo, denominato $C(a)_i$ e definito come segue:

$$C(a)_i = MediaV(a)_h / V(a)_{max}$$

I coefficienti così definiti saranno quelli poi utilizzati nella formula di cui al punto 17.4 secondo il criterio aggregativo compensatore.

- b) Quanto agli elementi cui è assegnato un punteggio tabellare identificato dalla colonna "T" della tabella, il relativo punteggio è assegnato, automaticamente e in valore assoluto, sulla base della presenza o assenza nell'offerta, dell'elemento richiesto.

17.3 METODO DI ATTRIBUZIONE DEL COEFFICIENTE PER IL CALCOLO DEL PUNTEGGIO DELL'OFFERTA ECONOMICA

Quanto all'offerta economica, è attribuito all'elemento economico un coefficiente, variabile da zero ad uno, calcolato tramite la

Formula con interpolazione lineare

$$C_i = Ra/R_{max}$$

dove:

C_i = coefficiente attribuito al concorrente i -esimo;

Ra = ribasso percentuale dell'offerta del concorrente i -esimo;

R_{max} = ribasso percentuale dell'offerta più conveniente.

17.4 METODO PER IL CALCOLO DEI PUNTEGGI

La commissione, terminata l'attribuzione dei coefficienti agli elementi qualitativi procederà, in relazione a ciascuna offerta, all'attribuzione dei punteggi per ogni singolo criterio secondo il seguente metodo: *aggregativo compensatore*

Il punteggio è dato dalla seguente formula:

$$P_i = C_{ai} \times P_a + C_{bi} \times P_b + \dots + C_{ni} \times P_n$$

dove

P_i = punteggio concorrente i ;

C_{ai} = coefficiente criterio di valutazione a , del concorrente i ;

C_{bi} = coefficiente criterio di valutazione b , del concorrente i ;

.....

C_{ni} = coefficiente criterio di valutazione n , del concorrente i ;

P_a = peso criterio di valutazione a ;

P_b = peso criterio di valutazione b ;

.....

P_n = peso criterio di valutazione n .

Al risultato della suddetta operazione verranno sommati i punteggi tabellari, già espressi in valore assoluto, ottenuti dall'offerta del singolo concorrente.

18. SVOLGIMENTO OPERAZIONI DI GARA: VERIFICA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

La procedura di aggiudicazione sarà aperta il giorno _____ con inizio alle ore ... dal RUP che procederà, operando attraverso il Sistema, allo svolgimento delle seguenti attività:

- la verifica della ricezione delle offerte tempestivamente presentate. La tempestività della ricezione delle offerte e che le stesse offerte siano composte di Documentazione amministrativa, Offerta tecnica e Offerta economica, (salva, in ogni caso, la verifica del contenuto di ciascun documento presentato) è riscontrata dalla presenza a Sistema delle offerte medesime;
- successivamente, il RUP procederà attraverso il Sistema alla apertura delle offerte presentate e, quindi, ad accedere alla sezione contenente la "Documentazione amministrativa" di ciascuna singola offerta presentata, mentre le Offerte tecniche e le Offerte economiche resteranno segrete, chiuse/bloccate a Sistema e; pertanto, il Sistema consentirà l'accesso alla Documentazione

Modello disciplinare OEPV requisiti economici e tecnici Versione 4 15.11.2021

amministrativa e l'Ufficio deputato all'esame della documentazione amministrativa procederà alla verifica della presenza dei documenti richiesti ed ivi contenuti.

- c) verificare la conformità della documentazione amministrativa a quanto richiesto nel presente disciplinare;
- d) attivare la procedura di soccorso istruttorio di cui al precedente punto 14;
- e) redigere apposito verbale relativo alle attività svolte;
- f) adottare il provvedimento che determina le esclusioni e le ammissioni dalla procedura di gara, provvedendo altresì agli adempimenti di cui all'art. 29, comma 1, del Codice.

Ai sensi dell'art. 85, comma 5, primo periodo del Codice, la stazione appaltante si riserva di chiedere agli offerenti, in qualsiasi momento nel corso della procedura, di presentare tutti i documenti complementari o parte di essi, qualora questo sia necessario per assicurare il corretto svolgimento della procedura.

Tale verifica avverrà, ai sensi degli artt. 81 e 216, comma 13 del Codice, attraverso l'utilizzo del sistema AVCPass, reso disponibile dall'ANAC, con le modalità di cui alla delibera n. 157/2016.

19. COMMISSIONE GIUDICATRICE

La commissione giudicatrice è nominata, ai sensi dell'art. 216, comma 12 del Codice, dopo la scadenza del termine per la presentazione delle offerte ed è composta da un numero dispari pari a n. 3 membri, esperti nello specifico settore cui si riferisce l'oggetto del contratto. In capo ai commissari non devono sussistere cause ostative alla nomina ai sensi dell'art. 77, comma 9, del Codice. A tal fine i medesimi rilasciano apposita dichiarazione alla stazione appaltante.

La commissione giudicatrice è responsabile della valutazione delle offerte tecniche ed economiche dei concorrenti e fornisce ausilio al RUP nella valutazione della congruità delle offerte (cfr. Linee guida n. 3 del 26 ottobre 2016).

La stazione appaltante pubblica, sul profilo di committente, nella sezione "amministrazione trasparente" la composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei componenti, ai sensi dell'art. 29, comma 1 del Codice.

20. APERTURA E VALUTAZIONE DELLE OFFERTE TECNICHE ED ECONOMICHE

Una volta effettuato il controllo della documentazione amministrativa, il RUP procederà a consegnare gli atti alla commissione giudicatrice.

La commissione giudicatrice, in data che sarà comunicata ai concorrenti ammessi tramite la Piattaforma, procederà all'apertura della busta concernente l'offerta tecnica ed alla verifica della presenza dei documenti richiesti dal presente disciplinare.

Successivamente, la commissione procederà all'esame ed alla valutazione delle offerte tecniche e all'assegnazione dei relativi punteggi applicando i criteri e le formule indicati nel bando e nel presente disciplinare.

Successivamente, la Commissione procederà, in data che sarà preventivamente comunicata tramite la Piattaforma ai concorrenti ammessi, all'apertura delle Offerte economiche.

Nella medesima data, la Commissione renderà visibili ai concorrenti:

- a) i "punteggi tecnici" (PT) attribuiti alle singole offerte tecniche già riparametrati;
- b) darà atto delle eventuali esclusioni dalla gara dei concorrenti;
- c) in seguito alle attività di sblocco e apertura delle offerte economiche, i prezzi offerti.

Modello disciplinare OEPV requisiti economici e tecnici Versione 4 15.11.2021

La relativa valutazione complessiva potrà avvenire anche in successiva seduta riservata, secondo i criteri e le modalità descritte al punto 17.4.

La stazione appaltante procederà dunque all'individuazione dell'unico parametro numerico finale per la formulazione della graduatoria, ai sensi dell'art. 95, comma 9 del Codice.

Nel caso in cui le offerte di due o più concorrenti ottengano lo stesso punteggio complessivo, ma punteggi differenti per il prezzo e per tutti gli altri elementi di valutazione, sarà collocato primo in graduatoria il concorrente che ha ottenuto il miglior punteggio sul PREZZO.

Nel caso in cui le offerte di due o più concorrenti ottengano lo stesso punteggio complessivo e gli stessi punteggi parziali per il prezzo e per l'offerta tecnica, si procederà mediante sorteggio in seduta pubblica, le cui modalità saranno successivamente definite dalla stazione appaltante.

La Commissione, procederà allo sblocco e all'apertura delle offerte economiche rendendo visibili gli sconti offerti.

Qualora individui offerte che superano la soglia di anomalia di cui all'art. 97, comma 3 del Codice, e in ogni altro caso in cui, in base a elementi specifici, l'offerta appaia anormalmente bassa, la commissione, ne dà comunicazione al RUP, che procederà secondo quanto indicato al successivo punto.

In qualsiasi fase delle operazioni di valutazione delle offerte tecniche ed economiche, la commissione provvede a comunicare, tempestivamente al RUP - che procederà, sempre, ai sensi dell'art. 76, comma 5, lett. b) del Codice - i casi di **esclusione** da disporre per:

- mancata separazione dell'offerta economica dall'offerta tecnica, ovvero l'inserimento di elementi concernenti il prezzo in documenti contenuti nella documentazione amministrativa e nell'offerta tecnica;
- presentazione di offerte parziali, plurime, condizionate, alternative nonché irregolari, ai sensi dell'art. 59, comma 3, lett. a) del Codice, in quanto non rispettano i documenti di gara, ivi comprese le specifiche tecniche;
- presentazione di offerte inammissibili, ai sensi dell'art. 59, comma 4 lett. a) e c) del Codice, in quanto la commissione giudicatrice ha ritenuto sussistenti gli estremi per informativa alla Procura della Repubblica per reati di corruzione o fenomeni collusivi o ha verificato essere in aumento rispetto all'importo a base di gara.

21. VERIFICA DI ANOMALIA DELLE OFFERTE.

Al ricorrere dei presupposti di cui all'art. 97, comma 3 del Codice, e in ogni altro caso in cui, in base a elementi specifici, l'offerta appaia anormalmente bassa, il RUP, avvalendosi, se ritenuto necessario, della commissione, valuta la congruità, serietà, sostenibilità e realizzabilità delle offerte che appaiono anormalmente basse.

Si procede a verificare la prima migliore offerta anormalmente bassa. Qualora tale offerta risulti anomala, si procede con le stesse modalità nei confronti delle successive offerte, fino ad individuare la migliore offerta ritenuta non anomala. È facoltà della stazione appaltante procedere contemporaneamente alla verifica di congruità di tutte le offerte anormalmente basse.

Il RUP richiede per iscritto al concorrente la presentazione, per iscritto, delle spiegazioni, se del caso indicando le componenti specifiche dell'offerta ritenute anomale.

A tal fine, assegna un termine non inferiore a quindici giorni dal ricevimento della richiesta.

Il RUP, con il supporto della commissione, esamina in seduta riservata le spiegazioni fornite dall'offerente e, ove le ritenga non sufficienti ad escludere l'anomalia, può chiedere, anche mediante audizione orale, ulteriori chiarimenti, assegnando un termine massimo per il riscontro.

Il RUP esclude, ai sensi degli articoli 59, comma 3 lett. c) e 97, commi 5 e 6 del Codice, le offerte che, in base all'esame degli elementi forniti con le spiegazioni risultino, nel complesso, inaffidabili e procede ai sensi del seguente articolo 23.

22. AGGIUDICAZIONE DELL'APPALTO E STIPULA DEL CONTRATTO

All'esito delle operazioni di cui sopra la commissione o il RUP, qualora vi sia stata verifica di congruità delle offerte anomale – formulerà la proposta di aggiudicazione in favore del concorrente che ha presentato la migliore offerta, chiudendo le operazioni di gara e trasmettendo al RUP tutti gli atti e documenti della gara ai fini dei successivi adempimenti.

Qualora nessuna offerta risulti conveniente o idonea in relazione all'oggetto del contratto, la stazione appaltante si riserva la facoltà di non procedere all'aggiudicazione ai sensi dell'art. 95, comma 12 del Codice.

L'Amministrazione, ai sensi dell'art. 85 comma 5 del Codice, richiede al concorrente cui ha deciso di aggiudicare l'appalto di presentare i documenti di cui all'art. 86 del Codice, ai fini della prova dell'assenza dei motivi di esclusione di cui all'art. 80 (ad eccezione, con riferimento ai subappaltatori, del comma 4) e del rispetto dei criteri di selezione di cui all'art. 83 del medesimo Codice. Tale verifica avverrà attraverso l'utilizzo del sistema AVCpass.

Ai sensi dell'art. 95, comma 10, l'Amministrazione prima dell'aggiudicazione procede, laddove non effettuata in sede di verifica di congruità dell'offerta, alla valutazione di merito circa il rispetto di quanto previsto dall'art. 97, comma 5, lett. d) del Codice.

L'Amministrazione, previa verifica ed approvazione della proposta di aggiudicazione ai sensi degli artt. 32, comma 5 e 33, comma 1 del Codice, aggiudica l'appalto.

L'aggiudicazione diventa efficace, ai sensi dell'art. 32, comma 7 del Codice, all'esito positivo della verifica del possesso dei requisiti prescritti.

In caso di esito negativo delle verifiche, l'Amministrazione procederà alla revoca dell'aggiudicazione, alla segnalazione all'ANAC nonché all'incameramento della garanzia provvisoria. L'Amministrazione aggiudicherà, quindi, al secondo graduato procedendo altresì, alle verifiche nei termini sopra indicati.

Nell'ipotesi in cui l'appalto non possa essere aggiudicato neppure a favore del concorrente collocato al secondo posto nella graduatoria, l'appalto verrà aggiudicato, nei termini sopra detti, scorrendo la graduatoria.

La stipulazione del contratto è subordinata al positivo esito delle procedure previste dalla normativa vigente in materia di lotta alla mafia, fatto salvo quanto previsto dall'art. 88 comma 4-bis e 89 e dall'art. 92 comma 3 del d.lgs. 159/2011.

Ai sensi dell'art. 93, commi 6 e 9 del Codice, la garanzia provvisoria verrà svincolata, all'aggiudicatario, automaticamente al momento della stipula del contratto; agli altri concorrenti, verrà svincolata tempestivamente e comunque entro trenta giorni dalla comunicazione dell'avvenuta aggiudicazione.

Trascorsi i termini previsti dall'art. 92, commi 2 e 3 d.lgs. 159/2011 dalla consultazione della Banca dati, la stazione appaltante procede alla stipula del contratto anche in assenza di dell'informativa antimafia, salvo il successivo recesso dal contratto laddove siano successivamente accertati elementi relativi a tentativi di infiltrazione mafiosa di cui all'art. 92, comma 4 del d.lgs. 159/2011.

Il contratto, ai sensi dell'art. 32, comma 9 del Codice, non potrà essere stipulato prima di 35 giorni dall'invio dell'ultima delle comunicazioni del provvedimento di aggiudicazione.

La stipula avrà luogo entro 60 giorni dall'intervenuta efficacia dell'aggiudicazione ai sensi dell'art. 32, comma 8 del Codice, salvo il differimento espressamente concordato con l'aggiudicatario.

All'atto della stipulazione del contratto, l'aggiudicatario deve presentare la garanzia definitiva da calcolare sull'importo contrattuale, secondo le misure e le modalità previste dall'art. 103 del Codice.

Il contratto sarà stipulato in modalità elettronica, mediante scrittura privata.

Il contratto è soggetto agli obblighi in tema di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla l. 13 agosto 2010, n. 136.

Nei casi di cui all'art. 110 comma 1 del Codice la stazione appaltante interpella progressivamente i soggetti che hanno partecipato alla procedura di gara, risultanti dalla relativa graduatoria, al fine di stipulare un nuovo contratto per l'affidamento dell'esecuzione o del completamento del servizio/fornitura.

Le spese relative alla pubblicazione del bando e dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento, ai sensi dell'art. 216, comma 11 del Codice e del d.m. 2 dicembre 2016 (GU 25.1.2017 n. 20), sono a carico dell'aggiudicatario e dovranno essere rimborsate alla stazione appaltante entro il termine di sessanta giorni dall'aggiudicazione. In caso di suddivisione dell'appalto in lotti, le spese relative alla pubblicazione saranno suddivise tra gli aggiudicatari dei lotti in proporzione al relativo valore.

L'importo presunto delle spese di pubblicazione è pari a € 4.500,00. La stazione appaltante comunicherà all'aggiudicatario l'importo effettivo delle suddette spese, nonché le relative modalità di pagamento.

Sono a carico dell'aggiudicatario anche tutte le spese contrattuali, gli oneri fiscali quali imposte e tasse - ivi comprese quelle di registro ove dovute - relative alla stipulazione del contratto.

Ai sensi dell'art. 105, comma 2, del Codice l'affidatario comunica, per ogni sub-contratto che non costituisce subappalto, l'importo e l'oggetto del medesimo, nonché il nome del sub-contraente, prima dell'inizio della prestazione.

L'affidatario deposita, prima o contestualmente alla sottoscrizione del contratto di appalto, i contratti continuativi di cooperazione, servizio e/o fornitura di cui all'art. 105, comma 3, lett. c bis) del Codice.

Il Responsabile Unico del Procedimento

(Dr.ssa Michela Pischedda)

CAPITOLATO TECNICO

GARA INFN2022000206INFN

PIANO SANITARIO

ISTITUTO NAZIONALE DI FISICA NUCLEARE

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL CAPITOLATO

Assicurazione

La copertura sanitaria.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente

La Cassa

Carenza

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

Associato

L'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare (o, più brevemente, INFN) associato alla Cassa

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione.

Società

La Compagnia di Assicurazioni aggiudicataria che assumerà il rischio delle prestazioni.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti

termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Accertamento diagnostico/Esame

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'assicurato l'importo garantito.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

SEZIONE I - CONDIZIONI GENERALI

Art. 1 - Durata e decorrenza dell'assicurazione

La presente polizza ha durata di 48 mesi, dalle ore 24.00 del 31/12/2022 alle ore 24.00 del 31/12/2026, con facoltà di disdetta riconosciuta alle parti a partire dalle ore 24.00 del termine della seconda scadenza annuale ed alla successiva scadenza annuale a condizione che la disdetta venga comunicata a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o pec, con un preavviso di 180 giorni rispetto alla scadenza annuale.

E' facoltà di INFN, entro 60 gg dalla scadenza della polizza, richiedere alla Società la proroga della stessa per un periodo massimo di 180 (cento ottanta) giorni, per consentire il completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova convenzione; in tal caso la Società sarà obbligata a prorogare l'assicurazione, per il periodo richiesto e alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, previo pagamento di un premio corrispondente a tanti dodicesimi del premio annuale di polizza quanti saranno i mesi della proroga richiesti da INFN.

La presente polizza opera, a tutti gli effetti - per la validità delle coperture e le modalità e validità delle adesioni - senza soluzione di continuità con la polizza stipulata dall'INFN a favore degli assicurati, di cui all'Art. 6 delle Condizioni Generali – Sezione I (num. 77959) sottoscritta con Poste Assicura (attivata tramite il FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA POSTE VITA), che già operava ad ogni effetto senza soluzione di continuità con le polizze stipulate da INFN con RBM Assicurazione Salute (anche tramite la Cassa, numeri: 31007048, 31007049, 31007050).

Art. 2 - Recesso

La Società in deroga all'Art. 1898 del Codice Civile, rinuncia alla facoltà di recesso dal contratto prima della sua scadenza.

Art. 3 - Oggetto dell'assicurazione

Oggetto della presente polizza è l'assicurazione per il rimborso delle spese mediche e sanitarie sostenute dagli assicurati in conseguenza di malattia, infortunio e parto (ovvero a scopo preventivo ove specificamente previsto) nei termini, nella misura e con le modalità indicate nel presente contratto (Sezioni III, IV e V).

Art. 4 - Effetto dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono state pagate altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio. Per le rate successive è concesso un termine di mora di 30 giorni per il versamento di quanto dovuto. Se non viene pagato il premio o la regolazione del premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno successivo a

quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Per il pagamento del premio (prima rata, regolazione, scadenze successive) effettuato da parte dell'INFN, in deroga all'Art. 1901 del Codice Civile, è concesso un termine di mora di 60 giorni per il versamento di quanto dovuto. Se non viene pagato il premio l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del sessantesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Per quanto riguarda il premio relativo agli assicurati di cui all'Art. 6 lettere a) e b), all'inizio di ciascuna annualità assicurativa l'INFN comunicherà il numero degli assicurati da inserire in copertura e su questa base verrà determinato il premio complessivo, che verrà versato in due rate semestrali secondo le modalità previste al capoverso successivo; per gli ingressi in corso d'anno dei medesimi assicurati, i premi verranno versati in sede di regolazione. Le medesime modalità di versamento dei premi potranno essere adottate anche per i familiari degli assicurati di cui all'Art. 6 lettere a) e b) che segue, qualora la comunicazione ed il versamento dei relativi premi avvenga per il tramite dell'INFN.

Art. 5 - Modifiche

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere approvate per iscritto dalle Parti.

Art. 6 - Assicurati

Le garanzie di cui alla presente sono prestate in forma collettiva e con onere a carico dell'INFN a favore di:

- a) dipendenti dell'INFN;
- b) titolari di assegno di ricerca e borsa di studio erogati dall'INFN.

Le garanzie di cui alla presente sono prestate in forma individuale, con onere a carico di ciascun interessato, a favore di:

- c) pensionati dell'INFN;
- d) personale associato all'INFN/personale comandato presso l'INFN.

Gli assicurati di cui al primo comma lettera a) e b), così come gli assicurati di cui al secondo comma lettere c) e d), del presente Articolo potranno estendere, a titolo individuale e con onere a proprio carico, la copertura prevista dalla presente polizza ai componenti del proprio nucleo familiare di cui al successivo Articolo 7.

Art. 7 - Nucleo familiare

Per nucleo familiare si intende, oltre al capo nucleo (dipendente/titolare di assegno di ricerca o borsa di studio/pensionato/associato/comandato), il coniuge/partner unito civilmente o in alternativa convivente more-uxorio (indipendentemente dal genere) e i figli risultanti dal certificato di stato di famiglia; sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età.

Sono altresì compresi nel nucleo anche i familiari del capo nucleo conviventi e risultanti dal certificato di stato di famiglia; per familiari si intendono: gli ascendenti, i suoceri, fratelli, i nipoti (intesi come i figli dei figli) ed i coniugi dei figli.

Art. 8 - Premio

I premi annui per il complesso delle prestazioni oggetto del presente contratto, relativi a ciascuna categoria di assicurato, così come individuate dall'Art. 6 della presente Sezione, sono comprensivi di oneri fiscali, vengono definiti alla Sezione VI della presente polizza.

Art. 9 - Limiti di età

L'assicurazione è valida per tutti gli assicurati senza alcun limite di età, fermo il limite di 26 anni per i figli non conviventi purché studenti (di cui all'Art. 7 delle Condizioni Generali – Sezione I).

Art. 10 - Termini di decadenza per le adesioni e le estensioni

- **Adesioni collettive**

Entro 30 giorni dalla decorrenza della copertura, e di ogni decorrenza annuale successiva, l'INFN dovrà procedere a comunicare alla Società i nominativi degli assicurati di cui al primo comma dell'Art. 6 delle Condizioni Generali – Sezione I, vale a dire:

- a) dipendenti dell'INFN;
- b) titolari di assegno di ricerca e borsa di studio erogati dall'INFN.

La copertura per gli assicurati di cui alle lettere a) e b) decorre dalla data di decorrenza della copertura, ovvero dalla data di decorrenza delle annualità successive, fermo restando il versamento del premio secondo le modalità indicate nel presente contratto.

- **Adesioni individuali**

Entro la data di decorrenza della copertura, e di ogni decorrenza annuale, gli assicurati di cui al terzo comma dell'Art. 6 delle Condizioni Generali – Sezione I, vale a dire:

- c) pensionati dell'INFN;
- d) personale associato all'INFN/personale comandato presso l'INFN.

potranno comunicare la propria volontà di attivare la copertura e procedere al versamento del premio. Superato detti termini non sarà possibile attivare le coperture e l'interessato potrà eventualmente procedere in tal senso alla successiva scadenza annuale.

La copertura per gli assicurati di cui alle lettere c) e d) decorre dalla data di decorrenza della copertura, ovvero dalla data di decorrenza delle annualità assicurativa per la quale sia stata richiesta l'attivazione, fermo restando il versamento del premio secondo le modalità indicate nel presente contratto.

- **Estensioni ai familiari**

Gli assicurati di cui all'Art. 6 delle Condizioni Generali – Sezione I, potranno estendere la copertura ai componenti del proprio nucleo familiare e procedere al relativo versamento del premio, secondo le medesime modalità e termini previsti per l'assicurato-caponucleo. Superato detti termini non sarà possibile attivare le coperture e

l'interessato potrà eventualmente procedere in tal senso alla successiva scadenza annuale.

La copertura per i familiari cui sia stata estesa la copertura decorre dalla data di decorrenza della copertura stessa, ovvero dalla data di decorrenza delle annualità assicurativa per la quale sia stata richiesta l'estensione, fermo restando il versamento del premio secondo le modalità indicate nel presente contratto.

Art. 11 - Variazioni degli assicurati in corso d'anno

- **Inclusione di nuovi iscritti in corso d'anno.**

In caso di nuove assunzioni o nuove attribuzioni di assegni di ricerca o borse di studio, ex Art.6 I comma, lettera a) e b) delle Condizioni Generali – Sezione I, le garanzie previste dalla presente polizza decorrono dalla data di assunzione/attribuzione sempreché l'INFN abbia provveduto a comunicare entro 90 giorni i dati dei neo assicurati. Superato detto termine le garanzie decorrono dalla data di comunicazione alla Società.

In caso di nuova attribuzione di associazione o inizio di nuovo comando ex Art.6 II comma lettera d) della Condizioni Generali – Sezione I, il singolo interessato avrà 30 giorni di tempo (dall'inizio dell'associazione/comando) per richiedere l'attivazione a titolo individuale delle garanzie previste dalla presente polizza; superato detto termine non sarà più possibile l'attivazione della copertura in corso d'anno e questa sarà, eventualmente, rimandata alla scadenza annuale successiva. La copertura per gli assicurati neo associati/comandati decorrerà dalle ore 24.00 della richiesta di attivazione, fermo restando il versamento del premio secondo le modalità indicate nel presente contratto.

Per tutte le entrate avvenute nel corso dell'annualità assicurativa, il premio verrà calcolato in base alla data di inserimento in copertura, in dodicesimi interi (premio annuo/12).

- **Inclusione di nuovi familiari in corso d'anno.**

Entro 30 giorni dalla variazione dello stato di famiglia e seguito di matrimonio/unione civile, inizio di convivenza more uxorio e nascita/adozione di figli, il caponucleo potrà provvedere all'estensione della copertura prevista dal presente contratto.

Negli altri casi di variazione dello stato di famiglia, ovvero di superamento del termine di 30 giorni previsto al precedente capoverso non sarà possibile estendere la copertura in corso d'anno e questa sarà, eventualmente, rimandata alla scadenza annuale successiva.

Per tutte le entrate avvenute nel corso dell'annualità assicurativa, il premio verrà calcolato in base alla data di inserimento in copertura, in dodicesimi interi (premio annuo/12).

- **Esclusione di iscritti in corso d'anno**

Tutte le uscite (compreso i decessi) avvenute nel periodo assicurativo annuo non avranno effetto (pertanto non si procederà ad alcuna restituzione di premio) e verranno posticipate alla prima scadenza annuale.

Art. 12 - Anagrafiche

L'INFN si impegna a trasmettere alla Società l'elenco dei dati degli assicurati collettivi, tramite tracciato record, entro 30 gg dall'inizio della decorrenza della copertura, e a trasmettere gli aggiornamenti anagrafici a cadenza mensile nel corso dell'anno.

La Società, eventualmente per il tramite della Casse, provvede alla raccolta delle informazioni anagrafiche relative alle adesioni individuali.

Art. 13 - Modalità trasmissione dati dei sinistri

La Società comunica con cadenza trimestrale a INFN, anche attraverso supporto elettronico, le statistiche (di ciascun periodo assicurativo, dalla data di inizio della copertura a quella di termine del mese di elaborazione), suddivise per categoria di assicurati, riepilogative dei sinistri diretti ed indiretti (con evidenza di quelli effettuati anche presso il SSN), liquidati riservati e rigettati, suddivisi in base alle tipologie di garanzia e singola tipologia di prestazione e singola sotto prestazione medica e sanitaria, con indicazione del numero dei sinistri per ciascuna delle garanzie e del numero delle singole prestazioni e sotto prestazioni, oltre che dell'importo (relativo ai suddetti sinistri, prestazioni e sotto prestazioni) richiesto, pagato e riservato.

La Società si impegna a comunicare i suddetti dati sino a 12 mesi dopo il termine del contratto.

Art. 14 - Eventi per i quali è prestata l'assicurazione e network convenzionati

La presente assicurazione è prestata per gli eventi indicati e le garanzie indicate nelle Sezioni III, IV e V.

La Società mette a disposizione degli assicurati network di medici e strutture sanitarie convenzionati che garantiscano tariffe agevolate e presso i quali sia possibile ottenere, se indennizzabili ai sensi di polizza, le prestazioni con pagamento diretto, così come disciplinato dall'Art. 1, lettera a) della Sezione IV.

La Società si impegna a garantire che facciano parte del network convenzionato sul territorio italiano:

- 1) almeno 200 case di cura e/o ospedali, abilitati al ricovero notturno e diurno;
- 2) almeno 400 centri diagnostici;
- 3) almeno 500 studi dentistici.

Al fine di mettere a disposizione degli assicurati un network che garantisca una adeguata distribuzione sul territorio nazionale, l'INFN si riserva di indicare alla Società professionisti e strutture sanitarie da convenzionare al fine di migliorare il servizio. La Società è tenuta comunicare all'INFN entro tre mesi dalla segnalazione l'esito della procedura di convenzionamento e, qualora questo non venga concluso, dovrà indicare anche le motivazioni del diniego fornendo aggiornamenti mensili sullo stato della richiesta.

Art. 15 - Esclusioni

L'assicurazione non opera, salve le deroghe indicate per ciascuna garanzia/prestazione assicurata, per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;

2. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
3. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
4. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
5. 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);
6. i ricoveri, inclusi i day-hospital, durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
7. 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.
8. Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
9. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
10. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
11. 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, ad eccezione di coloro che lavorano nel campo e sono esposti classificati in categoria A ai sensi del D.Lgs. n.203/95;
12. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Art. 16 - Esclusioni aggiuntive per gli assicurati a titolo individuale

In aggiunta a quanto previsto dall'Art. 15 che precede, per i soli iscritti in forma individuale (di cui agli Artt. 6 e 7 delle Condizioni Generali – Sezione I) vale a dire:

- pensionati dell'INFN;
- personale associato all'INFN e personale comandato presso l'INFN;
- familiari (di tutte le categorie assicurate di cui alle lettere a, b, c, d dell'Art. 6 della Sezione I – Condizioni Generali);

e limitatamente alle prestazioni previste dagli Artt. 1 (Garanzie Ospedaliere) e 5 (Indennità Sostitutiva) della Sezione III – Garanzie (sottosezioni A, B e C), sono escluse dall'assicurazione le prestazioni che siano conseguenze di:

- a) malattie manifestatesi e/o sottoposte ad accertamenti o cura/terapia prima della data di (prima) adesione/attivazione della copertura;
- b) infortuni avvenuti prima della data di (prima) adesione/attivazione della copertura.

Inoltre, sempre per gli assicurati di cui al I comma del presente Articolo, sono escluse:

- c) le spese per il parto/aborto (specificamente lettera B e D dell'Art. 1 della Sezione III – Sottosezioni A, B e C – Garanzie) così come tutte le spese relative a malattie della gravidanza per le prestazioni previste dall'intera Sezione III (sottosezioni A, B e C) – Garanzie, qualora la gravidanza stessa sia insorta prima della data di (prima) adesione/attivazione della copertura.

Le esclusioni di cui alle lettere a), b) e c) di cui sopra non si applicano agli assicurati di cui al I comma del presente articolo:

- già in copertura alla scadenza della polizza num. 77959 sottoscritta dall'INFN con Poste Assicura (attivata tramite il FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA POSTE VITA), che abbiano rinnovato la copertura prevista dal presente contratto senza soluzione di continuità con la suddetta polizza scaduta;
- qualora l'attivazione della copertura a titolo individuale avvenga senza soluzione di continuità con la copertura fruita in qualità di dipendente dell'INFN.

Nel caso in cui l'Assicurato non rinnovi di anno in anno l'adesione alla copertura individuale, ai fini dell'applicazione delle esclusioni di cui alle lettere a), b) e c) che precedono si considererà come data di decorrenza della copertura l'ultima data di adesione valida (senza quindi considerare eventuali periodi di adesione precedente con i quali vi sia una soluzione di continuità).

Art. 17 - Carenza

In aggiunta a quanto previsto dagli Artt. 15 e 16 delle Condizioni Generali – Sezione I, per i soli iscritti in forma individuale (di cui agli Artt. 6 e 7 delle Condizioni Generali – Sezione I) vale a dire:

- pensionati dell'INFN;
- personale associato all'INFN e personale comandato presso l'INFN;
- familiari (di tutte le categorie assicurate di cui alle lettere a, b, c, d dell'Art. 6 della Sezione I – Condizioni Generali);

l'assicurazione decorre dopo un periodo di carenza di 30 giorni dalla data di (prima) adesione/attivazione della copertura.

Il periodo di carenza non si applica:

- per infortuni avvenuti dopo la data di adesione;
- a tutti gli assicurati già in copertura alla scadenza della polizza num. 77959 sottoscritta dall'INFN con Poste Assicura (attivata tramite il FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA POSTE VITA), che abbiano rinnovato la copertura prevista dal presente contratto senza soluzione di continuità con la suddetta polizza scaduta;
- qualora l'attivazione della copertura a titolo individuale avvenga senza soluzione di continuità con la copertura fruita in qualità di dipendente dell'INFN.

Nel caso in cui l'Assicurato non rinnovi di anno in anno l'adesione alla copertura individuale, ai fini dell'applicazione del periodo di carenza di cui sopra si considererà come data di decorrenza della copertura l'ultima data di adesione valida (senza quindi considerare eventuali periodi di adesione precedente con i quali vi sia una soluzione di continuità).

SEZIONE II - NORME COMUNI

Art. 18 - Assicurazione per conto altrui

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui per la copertura dei rischi indicati; gli obblighi derivanti dal Contratto devono essere adempiuti dalla Associata e, laddove specificato, dalla Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'Art.1891 del C.C.

Art. 19 - Estensione territoriale

La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo.

Art. 20 - Documentazione sanitaria

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

Art. 21 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 22 - Altre assicurazioni

L'INFN è tenuto a denunciare alla Compagnia l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo rischio. La Società entro 30 (trenta) giorni dalla comunicazione può recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni.

L'Assicurato è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

Art. 23 - Clausola broker

INFN dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla Società di brokeraggio assicurativo ITAL BROKERS S.p.A., Via Albaro 3 Genova – P.I./C.F. n. 08536311007– Matricola RUI: B000059359.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società prende atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente stesso.

In deroga all'Art. 1901 c.c. e a quanto stabilito all'Art. 11 delle Condizioni Generali di Convenzione, la Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi da parte di INFN sia fatto tramite il Broker sopra designato e, pertanto, che tale pagamento è liberatorio per il Contraente.

Il Broker in questione verrà remunerato secondo consuetudine di mercato ovvero dalle Compagnie di Assicurazione, tramite il riconoscimento di una provvigione pari al 3,00% dei premi incassati al netto delle imposte.

Art. 24 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni devono essere fatte con lettera raccomandata, oppure con telegramma, con telefax, posta elettronica, posta elettronica certificata.

Art. 25 - Collegio arbitrale relativamente alla polizza

Relativamente alla presente polizza, le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

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

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

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

Le decisioni del Collegio medico sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazioni di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

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

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

Art. 26 – Controversie e Foro competente relativamente alla Polizza

Per le eventuali controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza le Parti possono presentare domanda congiunta, oppure la parte interessata può presentare apposita domanda, presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia ed istituito presso le sedi appositamente previste, che inviterà l'altra parte ad aderire e a partecipare all'incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del D.Lgs 28/2010, nel rispetto del Regolamento di conciliazione da questo adottato. Detto Organismo, a scelta del Contraente o dell'Assicurato, ha sede nella medesima provincia ove gli Stessi risiedono.

In caso di più domande relative alla stessa controversia trova applicazione il criterio di priorità cronologica, e cioè la mediazione si svolgerà avanti l'organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza di mediazione.

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo o non venga esperito la parte interessata potrà agire in giudizio presso il Foro competente di Roma, ovvero quello di residenza dall'assicurato qualora questi sia parte del giudizio.

Art. 27 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 28 - Riservatezza

La Società ha l'obbligo di mantenere riservati i dati e le informazioni di cui venga in possesso e comunque a conoscenza; di non divulgarli in alcun modo e di non farne

oggetto di utilizzazione a qualsiasi titolo per scopi diversi da quelli strettamente necessari all'esecuzione del Contratto.

In caso di inosservanza degli obblighi di riservatezza, l'INFN ha la facoltà di dichiarare risolto il Contratto, fermo restando che la Società sarà tenuta a risarcire tutti i danni che dovessero derivare all'INFN.

Art. 29 - Privacy in Polizza

Il Contraente e la Società si impegnano a trattare i dati personali forniti o comunque raccolti, relativi al presente rapporto contrattuale ed al personale coinvolto, esclusivamente per le finalità connesse all'esecuzione del presente Contratto, nel pieno rispetto delle misure e degli obblighi imposti dal D. Lgs. n. 196/2003 e dal Regolamento (UE) n. 2016/679.

Art. 30 – Clausola risolutiva espressa

La presente polizza, ai sensi e per gli effetti dell'Art. 1456 del C.C., si risolverà di diritto al verificarsi di una delle situazioni di seguito indicate, fermo restando il diritto dell'INFN di agire per il risarcimento dei danni subiti:

1. subappalto delle prestazioni contrattuali senza autorizzazione dell'INFN;
2. cessione del contratto;
3. dopo tre inadempienze, contestate tramite raccomandata A.R./pec in ordine alla perfetta esecuzione del servizio;
4. provvedimenti a carico dei rappresentanti dell'appaltatore di cui alla vigente normativa antimafia;
5. revoca dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa;
6. violazione degli obblighi di riservatezza.

SEZIONE III – GARANZIE

SOTTOSEZIONE A

PREMESSA.

Le prestazioni previste dalla presente sottosezione III A sono destinate a:

- **dipendente dell'INFN** - Art. 6, I comma, lettera a) della Sezione I Condizioni Generali;
- **titolare di assegno di ricerca e borsa di studio erogati dall'INFN:** Art. 6, I comma, lettera b) della Sezione I Condizioni Generali;
- **familiari degli assicurati di cui sopra**, cui sia stata estesa la copertura prevista dal presente contratto ai sensi dell'ultimo comma dell'Art.6 della Sezione I Condizioni Generali.

Art. 1 – Garanzie Ospedaliere.

La Società rimborsa le spese rese necessarie da malattia o infortunio, verificatisi nell'anno assicurativo, e sostenute:

A) in caso di intervento chirurgico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio, la Società rimborsa le seguenti spese:

1. Onorari dell'equipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento.
2. Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico.
3. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie) nel limite di € 350 al giorno.
4. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 150 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
5. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 150 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
6. Prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza.
7. Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di 150 € e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni 100 per annualità assicurativa.
8. Trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'istituto di cura e viceversa, col massimo di 1.100€ per intervento o ricovero.
9. Trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), col massimo di 2.000€ per intervento o ricovero.
10. In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di 1.500€.

B) In caso di parto con taglio cesareo e/o aborto terapeutico, la Società rimborsa le seguenti spese comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del limite di 5.000€ per annualità assicurativa:

1. Onorari dell'equipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento.
2. Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato.
3. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie) nel limite di € 350 al giorno.
4. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 150 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti all'intervento.
5. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 150 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti all'intervento.
6. Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di 150 € e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni 100 per annualità assicurativa.
7. Trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'istituto di cura e viceversa, col massimo di 1.100€ per intervento o ricovero.

C) In caso di ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico, la Società rimborsa le seguenti spese:

1. Assistenza medica e infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital.
2. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie) nel limite di € 350 al giorno.
3. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 150 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
4. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 150 giorni successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
5. Trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di 1.100€ per ricovero.
6. Trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), col massimo di 2.000€ per intervento o ricovero.

D) In caso di parto senza taglio cesareo e/o aborto spontaneo, la Società rimborsa le seguenti spese comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del limite di 3.000€ per annualità assicurativa:

1. Onorari dell'equipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento.
2. Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato.
3. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie) nel limite di € 350 al giorno.

4. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 150 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti al parto.
5. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 150 giorni successivi alla data della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti al parto.
6. Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di 150 € e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni 100 per annualità assicurativa.
7. Trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'istituto di cura e viceversa, col massimo di 1.100€ per intervento o ricovero.

Art. 2 - Operatività della copertura

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Art. 3 - Massimale

La garanzia di cui all'Art. 1 – Garanzia Ospedaliera della presente Sezione è prestata fino a concorrenza del massimale di € 350.000 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo), fermi eventuali ulteriori sottolimiti specificamente previsti.

Art. 4 - Scoperti e franchigie

Le spese di cui all'Art. 1 – Garanzie Ospedaliera della presente Sezione vengono rimborsate previa applicazione dei seguenti scoperti e franchigie, differenziate per tipologia di assicurato e di prestazione/garanzie e modalità di accesso alle prestazioni:

a) Per il dipendente, titolare di assegno di ricerca e borsa di studio, dell'INFN di cui Art. 6, I comma, lettere a) e b) della Sezione I Condizioni Generali:

1. Ricovero e di day hospital di cui ai punti A) e C):

Strutture convenzionate con

pagamento diretto (Art.3, Sezione IV): franchigia di € 950 (ridotta a € 200 per gli interventi ambulatoriali)

Strutture non convenzionate, o

convenzionate senza pagamento

diretto (Art. 3 Sezione IV): scoperto 30% con minimo di 2.000 e massimo di € 10.000 (il minimo non si applica per gli interventi ambulatoriali)

2. Parto cesareo/aborto terapeutico e parto naturale di cui ai punti B) e D)

Strutture convenzionate con

pagamento diretto (Art.3, Sezione IV): franchigia di € 500

Strutture non convenzionate, o

convenzionate senza pagamento

diretto (Art. 3 Sezione IV): scoperto 30%

b) Per i familiari (di dipendenti/titolari di assegno di ricerca e borsa di studio, dell'INFN di cui Art. 6, I comma, lettere a) e b) della Sezione I Condizioni Generali), ai quali sia stata estesa la copertura prevista dal presente contratto ai sensi dell'ultimo comma dell'Art.6 della Sezione I Condizioni Generali:

1. Ricovero e di day hospital di cui punti A) e C):

Strutture convenzionate con pagamento diretto (Art.3, Sezione IV): franchigia di € 1.500 (ridotta a € 300 per gli interventi ambulatoriali)

Strutture non convenzionate, o convenzionate senza pagamento diretto (Art. 3 Sezione IV): scoperto 30% con minimo di 2.500 e massimo di € 10.000 (il minimo non si applica per gli interventi ambulatoriali)

2. Parto cesareo/aborto terapeutico e parto naturale di cui ai punti B) e D)

Strutture convenzionate con Pagamento diretto (Art.3, Sezione IV): franchigia di € 500

Strutture non convenzionate, o convenzionate senza pagamento diretto (Art. 3 Sezione IV): scoperto 30%

c) Per tutti gli assicurati:

Integrazione del SSN (pagamento dei soli ticket): rimborso integrale senza scoperti e franchigie.

Art. 5 - Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero/day hospital né per altra prestazione ed esso connessa, avrà diritto ad un'indennità di € 75,00 – ridotto al 50% per il day hospital - per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 60 giorni per ogni ricovero.

Tale indennità spetta anche nel caso in cui, in alternativa o in concorrenza con il ricovero in Strutture del S.S.N., l'Assicurato ricorra, su indicazione della Struttura del Servizio Sanitario Nazionale, alle seguenti forme di assistenza sanitaria domiciliare:

- Ospedalizzazione a domicilio (Home Care) – con la quale l'Ospedale si fa carico dell'assistenza inviando a casa del paziente personale medico ed infermieristico;
- Dimissione domiciliare protetta (DDP) – con la quale l'Ospedale provvede ad una dimissione tempestiva, indicando le necessità del paziente e le apparecchiature necessarie e la ASL di appartenenza provvede alla loro fornitura e alla assistenza con proprio personale.

Art. 6 - Garanzie Extraospedaliere.

Art. 6.1 - Alta diagnostica e terapie

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni di seguito indicate.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. In caso di infortunio è necessario produrre certificato di Pronto Soccorso o, in alternativa, una certificazione medica indicante la tipologia di infortunio ed la data/il periodo di accadimento dello stesso.

Accertamenti di Alta diagnostica radiologica (“anche digitale”), esami stratigrafici e contrastografici:

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Colonscopia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Gastrosopia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Rx torace
- Rettoscopia
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia logge renali
- Tomoxerografia
- Tomografia torace
- Tomografia in genere
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Altri Accertamenti

- Amniocentesi e villocentesi
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

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

Art. 6.1.1 - Massimale

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni di cui all'Art. 6.1 - Alta diagnostica e terapie è di € 5.000, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Art. 6.1.2 - Scoperti e franchigie per dipendenti/titolari di assegno di ricerca e borsa di studio.

Per il dipendente, titolare di assegno di ricerca e borsa di studio, dell'INFN di cui Art. 6, I comma, lettere a) e b) della Sezione I Condizioni Generali, si applicano le seguenti condizioni.

Per le prestazioni di cui all'Art. 6.1 - Alta diagnostica e terapie, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società con utilizzo del servizio di pagamento diretto delle prestazioni (di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 30 per prestazione che l'assicurato dovrà provvedere a pagare direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso in cui, invece, l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società (ovvero non si avvalga del servizio di pagamento diretto delle prestazioni di cui all'Art. 3, Sezione IV) le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 30% per ogni prestazione o ciclo di cura (intendendosi per tale gli accertamenti e/o terapie connessi ad una medesima patologia/infortunio contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in una unica richiesta di rimborso).

Qualora l'iscritto presenti una fattura relativa a prestazioni di cui agli Artt. 6.1 e 6.2 della presente Sottosezione, senza che siano indicati gli importi specifici di ciascuna prestazione fruita (e non sia allegata idonea dichiarazione rilasciata dall'emittente la fattura con l'indicazione degli importi di ogni singola prestazione), il rimborso verrà calcolato applicando sull'intero importo lo scoperto previsto al comma precedente ed il massimale (per l'intera fattura rimborsata) sarà quello previsto dall'Art. 6.1.1.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Art. 6.1.3 - Scoperti e franchigie per i componenti del nucleo familiare

Per i familiari (di dipendenti/titolari di assegno di ricerca e borsa di studio, dell'INFN di cui Art. 6, I comma, lettere a) e b) della Sezione I Condizioni Generali), ai quali sia stata estesa la copertura prevista dal presente contratto ai sensi dell'ultimo comma dell'Art.6 della Sezione I Condizioni Generali, si applicano le seguenti condizioni.

Per le prestazioni di cui all'Art. 6.1 - Alta diagnostica e terapie, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società con utilizzo del servizio di pagamento diretto delle prestazioni (di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 30 per prestazione che l'assicurato dovrà provvedere a pagare direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso in cui, invece, l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società (ovvero non si avvalga del servizio di pagamento diretto delle prestazioni di cui all'Art. 3, Sezione IV) le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 30% per ogni prestazione o ciclo di cura (intendendosi per tale gli accertamenti e/o terapie connessi ad una medesima patologia/infortunio contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in una unica richiesta di rimborso).

Qualora l'iscritto presenti una fattura relativa a prestazioni di cui agli Artt. 6.1 e 6.2 delle presente Sottosezione, senza che siano indicati gli importi specifici di ciascuna prestazione fruita (e non sia allegata idonea dichiarazione rilasciata dall'emittente la fattura con l'indicazione degli importi di ogni singola prestazione), il rimborso verrà calcolato applicando sull'intero importo lo scoperto previsto al comma precedente ed il massimale (per l'intera fattura rimborsata) sarà quello previsto dall'Art. 6.1.1.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Art. 6.2 - Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per visite specialistiche, esami e per accertamenti diagnostici e di laboratorio, conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite pediatriche effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. In caso di infortunio è necessario produrre certificato di Pronto Soccorso o, in alternativa, una certificazione medica indicante la tipologia di infortunio ed il periodo di accadimento dello stesso

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

Art. 6.2.1 - Massimale

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni di cui all'Art. 6.2 – Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio è di € 1.800, da intendersi come disponibilità

unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Art. 6.2.2 - Scoperti e franchigie per dipendenti/titolari di assegno di ricerca e borsa di studio.

Per il dipendente, titolare di assegno di ricerca e borsa di studio, dell'INFN di cui Art. 6, I comma, lettere a) e b) della Sezione I Condizioni Generali, si applicano le seguenti condizioni.

Per le prestazioni di cui all'Art. 6.2 - Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società con utilizzo del servizio di pagamento diretto delle prestazioni (di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 20 che l'assicurato dovrà provvedere a pagare direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso in cui, invece, l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società (ovvero non si avvalga del servizio di pagamento diretto delle prestazioni di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20% con minimo di € 65 per ogni prestazione o ciclo di cura (intendendosi per gli accertamenti e/o visite connessi ad una medesima patologia/infortunio contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in una unica richiesta di rimborso).

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Art. 6.2.3 - Scoperti e franchigie per i componenti del nucleo familiare

Per i familiari (di dipendenti/titolari di assegno di ricerca e borsa di studio, dell'INFN di cui Art. 6, I comma, lettere a) e b) della Sezione I Condizioni Generali), ai quali sia stata estesa la copertura prevista dal presente contratto ai sensi dell'ultimo comma dell'Art.6 della Sezione I Condizioni Generali, si applicano le seguenti condizioni.

Per le prestazioni di cui all'Art. 6.2 - Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società con utilizzo del servizio di pagamento diretto delle prestazioni (di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 20 che l'assicurato dovrà provvedere a pagare direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso in cui, invece, l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società (ovvero non si avvalga del servizio di pagamento diretto delle prestazioni di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20% con minimo di € 65 per ogni prestazione o ciclo di cura (intendendosi per gli accertamenti e/o visite connessi ad una medesima patologia/infortunio contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in una unica richiesta di rimborso).

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Art. 7 - Protesi ortopediche ed acustiche

La Società rimborsa, con uno scoperto del 20% le spese sostenute dall'assicurato per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una certificazione medica che indichi la patologia o l'infortunio che ha reso necessario l'acquisto della protesi.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni di cui al presente Articolo è di € 5.000 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Art. 8 - Cure Oncologiche

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per visite specialistiche, esami e per accertamenti diagnostici e di laboratorio, terapie (ivi comprese quelle riabilitative) e farmaci, relativi a cure oncologiche.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una certificazione medica che indichi la patologia che ha reso necessario la prestazione.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni di cui al presente Articolo è di € 5.000 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Per le prestazioni di cui al presente Articolo, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con utilizzo del servizio di pagamento diretto delle prestazioni (di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di scoperti e franchigie.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società (ovvero non si avvalga del servizio di pagamento diretto delle prestazioni di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

La garanzia prevista dal presente Articolo opera in aggiunta a quelle previste dalla presente Sottosezione.

Art. 9 - Cure dentarie da infortunio

La Società rimborsa, a parziale deroga dell'Art.15 - Esclusioni delle Condizioni Generali – Sezione I, le spese sostenute per cure e protesi dentarie esclusivamente dovute ad infortunio, purché l'infortunio stesso sia documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso, fino a concorrenza del massimale di € 3.000 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Art. 10 - Prevenzione dentaria

La Società provvede, a parziale deroga dell'Art.15 - Esclusioni delle Condizioni Generali- Sezione I, al pagamento delle spese per una visita specialistica odontoiatrica e una seduta di igiene orale effettuate 1 volta l'anno per ciascun assicurato presso strutture e medici convenzionati (è pertanto escluso il rimborso qualora l'iscritto provveda direttamente al pagamento delle prestazioni).

Art. 11 - Trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese delle spese per prestazioni fisioterapiche e riabilitative a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso e sempreché le prestazioni siano prescritte da medico ed eseguite o da medici specialisti o da personale sanitario in possesso di diploma o laurea.

Art. 11.1 - Massimale

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni di cui all'Art. 11 - Trattamenti fisioterapici e riabilitativi, è di € 500, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Art.11.2 - Scoperti e franchigie per dipendenti/titolari di assegno di ricerca e borsa di studio.

Per il dipendente, titolare di assegno di ricerca e borsa di studio, dell'INFN di cui Art. 6, I comma, lettere a) e b) della Sezione I Condizioni Generali, si applicano le seguenti condizioni.

Per le prestazioni di cui all'Art. 11 - Trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società con utilizzo del servizio di pagamento diretto delle prestazioni (di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 15,00 per ciascuna seduta giornaliera.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società (ovvero non si avvalga del servizio di pagamento diretto delle prestazioni di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di una franchigia di € 100 per ciascuna fattura ovvero ciclo di terapia (inteso come l'insieme di prestazioni relative ad una medesima patologia/infortunio contestualmente prescritte dal medico e presentati alla Società in una unica richiesta di rimborso).

Art.11.3 - Scoperti e franchigie per i componenti del nucleo familiare

Per i familiari (di dipendenti/titolari di assegno di ricerca e borsa di studio, dell'INFN di cui Art. 6, I comma, lettere a) e b) della Sezione I Condizioni Generali), ai quali sia stata estesa la copertura prevista dal presente contratto ai sensi dell'ultimo comma dell'Art.6 della Sezione I Condizioni Generali, si applicano le seguenti condizioni.

Per le prestazioni di cui all'Art. 11 - Trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società con utilizzo del servizio di pagamento diretto delle prestazioni (di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 15,00 per ciascuna seduta giornaliera.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società (ovvero non si avvalga del servizio di pagamento diretto delle prestazioni di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di una franchigia di € 100 per ciascuna fattura ovvero ciclo di terapia (inteso come l'insieme di prestazioni relative ad una medesima patologia/infortunio contestualmente prescritte dal medico e presentati alla Società in una unica richiesta di rimborso).

Art. 12 - Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

La Società provvede al pagamento o rimborsa, a parziale deroga dell'Art.15 - Esclusioni delle Condizioni Generali, le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale sempre relativi ai seguenti interventi:

1. osteiti mascellari
2. neoplasie ossee della mandibola o della mascella
3. cisti follicolari
4. cisti radicolari
5. adamantinoma
6. odontoma

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per le fattispecie di cui ai punti 1, 2, 3, 4, 5, 6 che precedono;
- (in aggiunta a quanto sopra) referti istologici per le neoplasie ossee della mandibola o della mascella, le cisti follicolari e le cisti radicolari.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni di cui al presente Articolo è di € 3.000 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Per le prestazioni di cui al presente Articolo, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di scoperti e franchigie.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente all'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

SEZIONE III – GARANZIE

SOTTOSEZIONE B

PREMESSA.

Le prestazioni previste dalla presente sottosezione III A sono destinate a:

- **pensionati dell'INFN** - Art. 6, II comma, lettera c) della Sezione I Condizioni Generali
- **familiari degli assicurati di cui sopra**, cui sia stata estesa la copertura prevista dal presente contratto ai sensi dell'ultimo comma dell'Art.6 della Sezione I Condizioni Generali

Art. 1 – Garanzie Ospedaliere.

La Società rimborsa le spese rese necessarie da malattia o infortunio, verificatisi nell'anno assicurativo, e sostenute:

A) in caso di intervento chirurgico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio, la Società rimborsa le seguenti spese:

1. Onorari dell'equipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento.
2. Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico.
3. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie) nel limite di € 350 al giorno.
4. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 150 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
5. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 150 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
6. Prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza.
7. Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di 150 € e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni 100 per annualità assicurativa.
8. Trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'istituto di cura e viceversa, col massimo di 1.100€ per intervento o ricovero.
9. Trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), col massimo di 2.000€ per intervento o ricovero.

10. In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di 1.500€.

B) In caso di parto con taglio cesareo e/o aborto terapeutico, la Società rimborsa le seguenti spese comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del limite di 5.000€ per annualità assicurativa:

1. Onorari dell'equipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento.
2. Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato.
3. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie) nel limite di € 350 al giorno.
4. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 150 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti all'intervento.
5. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 150 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti all'intervento.
6. Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di 150 € e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni 100 per annualità assicurativa.
7. Trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'istituto di cura e viceversa, col massimo di 1.100€ per intervento o ricovero.

C) In caso di ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico, la Società rimborsa le seguenti spese:

1. Assistenza medica e infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital.
2. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie) nel limite di € 350 al giorno.
3. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 150 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
4. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 150 giorni successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
5. Trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di 1.100€ per ricovero.
6. Trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), col massimo di 2.000€ per intervento o ricovero.

D) In caso di parto senza taglio cesareo e/o aborto spontaneo, la Società rimborsa le seguenti spese comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del limite di 3.000€ per annualità assicurativa:

1. Onorari dell'equipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento.

2. Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato.
3. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie) nel limite di € 350 al giorno.
4. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 150 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti al parto.
5. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 150 giorni successivi alla data della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti al parto.
6. Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di 150 € e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni 100 per annualità assicurativa.
7. Trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'istituto di cura e viceversa, col massimo di 1.100€ per intervento o ricovero.

Art. 2 - Operatività della copertura

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Art. 3 - Massimale

La garanzia di cui all'Art. 1 – Garanzia Ospedaliera della presente Sezione è prestata fino a concorrenza del massimale di € 350.000 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo), fermi eventuali ulteriori sottolimiti specificamente previsti.

Art. 4 - Scoperti e franchigie

Le spese di cui all'Art. 1 – Garanzie Ospedaliere della presente Sezione vengono rimborsate previa applicazione dei seguenti scoperti e franchigie, differenziate per tipologia di prestazione/garanzie e modalità di accesso alle prestazioni:

1. Ricovero e di day hospital di cui ai punti A) e C):

Strutture convenzionate con

pagamento diretto (Art.3, Sezione IV): franchigia di € 1.500 (ridotta a € 300 per gli interventi ambulatoriali)

Strutture non convenzionate, o

convenzionate senza pagamento

diretto (Art. 3 Sezione IV): scoperto 30% con minimo di 2.500 e massimo di € 10.000 (il minimo non si applica per gli interventi ambulatoriali)

Integrazione del SSN

(pagamento dei soli ticket): rimborso integrale senza scoperti e franchigie.

2. Parto cesareo/aborto terapeutico e parto naturale di cui ai punti B) e D)

Strutture convenzionate con

Pagamento diretto (Art.3, Sezione IV): franchigia di € 500

Strutture non convenzionate, o
convenzionate senza pagamento
diretto (Art. 3 Sezione IV): scoperto 30%

Integrazione del SSN
(pagamento dei soli ticket): rimborso integrale senza scoperti e franchigie.

Art. 5 - Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero/day hospital né per altra prestazione ed esso connessa, avrà diritto ad un'indennità di € 50,00 – ridotto al 50% per il day hospital - per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 60 giorni per ogni ricovero.

Tale indennità spetta anche nel caso in cui, in alternativa o in concorrenza con il ricovero in Strutture del S.S.N., l'Assicurato ricorra, su indicazione della Struttura del Servizio Sanitario Nazionale, alle seguenti forme di assistenza sanitaria domiciliare:

- Ospedalizzazione a domicilio (Home Care) – con la quale l'Ospedale si fa carico dell'assistenza inviando a casa del paziente personale medico ed infermieristico;
- Dimissione domiciliare protetta (DDP) – con la quale l'Ospedale provvede ad una dimissione tempestiva, indicando le necessità del paziente e le apparecchiature necessarie e la ASL di appartenenza provvede alla loro fornitura e alla assistenza con proprio personale.

Art. 6 - Garanzie Extraospedaliere.

Art. 6.1 - Alta diagnostica e terapie

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni di seguito indicate.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. In caso di infortunio è necessario produrre certificato di Pronto Soccorso o, in alternativa, una certificazione medica indicante la tipologia di infortunio ed la data/il periodo di accadimento dello stesso.

Accertamenti di Alta diagnostica radiologica (“anche digitale”), esami stratigrafici e contrastografici:

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr

- Colecistografia
- Colonscopia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Gastroscofia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Rx torace
- Rettoscopia
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia logge renali
- Tomoxerografia
- Tomografia torace
- Tomografia in genere
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Altri Accertamenti

- Amniocentesi e villocentesi
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

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

Art. 6.1.1 - Massimale

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni di cui all'Art. 6.1 - Alta diagnostica e terapie è di € 5.000, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e

per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Art. 6.1.2 - Scoperti e franchigie

Per le prestazioni di cui all'Art. 6.1 - Alta diagnostica e terapie, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società con utilizzo del servizio di pagamento diretto delle prestazioni (di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 30 per prestazione che l'assicurato dovrà provvedere a pagare direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso in cui, invece, l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società (ovvero non si avvalga del servizio di pagamento diretto delle prestazioni di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 30% per ogni prestazione o ciclo di cura (intendendosi per tale gli accertamenti e/o terapie connessi ad una medesima patologia/infortunio contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in una unica richiesta di rimborso).

Qualora l'iscritto presenti una fattura relativa a prestazioni di cui agli Artt. 6.1 e 6.2 della presente Sottosezione, senza che siano indicati gli importi specifici di ciascuna prestazione fruita (e non sia allegata idonea dichiarazione rilasciata dall'emittente la fattura con l'indicazione degli importi di ogni singola prestazione), il rimborso verrà calcolato applicando sull'intero importo lo scoperto previsto al comma precedente ed il massimale (per l'intera fattura rimborsata) sarà quello previsto dall'Art. 6.1.1.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Art. 6.2 - Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per visite specialistiche, esami e per accertamenti diagnostici e di laboratorio, conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite pediatriche effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. In caso di infortunio è necessario produrre certificato di Pronto Soccorso o, in alternativa, una certificazione medica indicante la tipologia di infortunio ed il periodo di accadimento dello stesso

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

Art. 6.2.1 - Massimale

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni di cui all'Art. 6.2 – Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio è di € 1.800, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Art. 6.2.2 - Scoperti e franchigie

Per le prestazioni di cui all'Art. 6.2 - Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società con utilizzo del servizio di pagamento diretto delle prestazioni (di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 20 che l'assicurato dovrà provvedere a pagare direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso in cui, invece, l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società (ovvero non si avvalga del servizio di pagamento diretto delle prestazioni di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20% con minimo di € 65 per ogni prestazione o ciclo di cura (intendendosi per gli accertamenti e/o visite connessi ad una medesima patologia/infortunio contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in una unica richiesta di rimborso).

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Art. 7 - Protesi ortopediche ed acustiche

La Società rimborsa, con uno scoperto del 20% le spese sostenute dall'assicurato per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una certificazione medica che indichi la patologia o l'infortunio che ha reso necessario l'acquisto della protesi.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni di cui al presente Articolo è di € 5.000 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Art. 8 - Cure Oncologiche

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per visite specialistiche, esami e per accertamenti diagnostici e di laboratorio, terapie (ivi comprese quelle riabilitative) e farmaci, relativi a cure oncologiche.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una certificazione medica che indichi la patologia che ha reso necessario la prestazione.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni di cui al presente Articolo è di € 5.000 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Per le prestazioni di cui al presente Articolo, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società con utilizzo del servizio di pagamento diretto delle prestazioni (di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di scoperti e franchigie.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società (ovvero non si avvalga del servizio di pagamento diretto delle prestazioni di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

La garanzia prevista dal presente Articolo opera in aggiunta a quelle previste dalla presente Sottosezione.

Art. 9 - Cure dentarie da infortunio

La Società rimborsa, a parziale deroga dell'Art. 15 - Esclusioni delle Condizioni Generali – Sezione I, le spese sostenute per cure e protesi dentarie esclusivamente dovute ad infortunio, purché l'infortunio stesso sia documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso, fino a concorrenza del massimale di € 3.000 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Art. 10 - Prevenzione dentaria

La Società provvede, a parziale deroga dell'Art. 15 - Esclusioni delle Condizioni Generali- Sezione I, al pagamento delle spese per una visita specialistica odontoiatrica e una seduta di igiene orale effettuate 1 volta l'anno per ciascun assicurato presso strutture e medici convenzionati (è pertanto escluso il rimborso qualora l'iscritto provveda direttamente al pagamento delle prestazioni).

Art. 11 - Trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese delle spese per prestazioni fisioterapiche e riabilitative a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso e sempreché le prestazioni siano prescritte da medico ed eseguite o da medici specialisti o da personale sanitario in possesso di diploma o laurea.

Art. 11.1 - Massimale

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni di cui all'Art. 11 - Trattamenti fisioterapici e riabilitativi, è di € 500, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Art.11.2 - Scoperti e franchigie

Per le prestazioni di cui all'Art. 11 - Trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società con utilizzo del servizio di pagamento diretto delle prestazioni (di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 15,00 per ciascuna seduta giornaliera.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società (ovvero non si avvalga del servizio di pagamento diretto delle prestazioni di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di una franchigia di € 100 per ciascuna fattura ovvero ciclo di terapia (inteso come l'insieme di prestazioni relative ad una medesima patologia/infortunio

contestualmente prescritte dal medico e presentati alla Società in una unica richiesta di rimborso).

Art. 12 - Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

La Società provvede al pagamento o rimborsa, a parziale deroga dell'Art. 15 - Esclusioni delle Condizioni Generali, le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale sempre relativi ai seguenti interventi:

7. osteiti mascellari
8. neoplasie ossee della mandibola o della mascella
9. cisti follicolari
10. cisti radicolari
11. adamantinoma
12. odontoma

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per le fattispecie di cui ai punti 1, 2, 3, 4, 5, 6 che precedono;
- (in aggiunta a quanto sopra) referti istologici per le neoplasie ossee della mandibola o della mascella, le cisti follicolari e le cisti radicolari.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni di cui al presente Articolo è di € 3.000 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Per le prestazioni di cui al presente Articolo, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di scoperti e franchigie.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente all'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

SEZIONE III – GARANZIE

SOTTOSEZIONE C

PREMESSA.

Le prestazioni previste dalla presente sottosezione III A sono destinate a:

- **personale associato all'INFN/personale comandato presso l'INFN** - Art. 6, II comma, lettera d) della Sezione I Condizioni Generali;
- **familiari degli assicurati di cui sopra**, cui sia stata estesa la copertura prevista dal presente contratto ai sensi dell'ultimo comma dell'Art.6 della Sezione I Condizioni Generali.

Art. 1 – Garanzie Ospedaliere.

La Società rimborsa le spese rese necessarie da malattia o infortunio, verificatisi nell'anno assicurativo, e sostenute:

A) in caso di intervento chirurgico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio, la Società rimborsa le seguenti spese:

1. Onorari dell'equipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento.
2. Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico.
3. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie) nel limite di € 350 al giorno.
4. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 150 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
5. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 150 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
6. Prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza.
7. Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di 150 € e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni 100 per annualità assicurativa.
8. Trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'istituto di cura e viceversa, col massimo di 1.100€ per intervento o ricovero.
9. Trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), col massimo di 2.000€ per intervento o ricovero.
10. In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di 1.500€.

B) In caso di parto con taglio cesareo e/o aborto terapeutico, la Società rimborsa le seguenti spese comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del limite di 5.000€ per annualità assicurativa:

1. Onorari dell'equipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento.
2. Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato.
3. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie) nel limite di € 350 al giorno.

4. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 150 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti all'intervento.
5. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 150 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti all'intervento.
6. Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di 150 € e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni 100 per annualità assicurativa.
7. Trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'istituto di cura e viceversa, col massimo di 1.100€ per intervento o ricovero.

C) In caso di ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico, la Società rimborsa le seguenti spese:

1. Assistenza medica e infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital.
2. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie) nel limite di € 350 al giorno.
3. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 150 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
4. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 150 giorni successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
5. Trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di 1.100€ per ricovero.
6. Trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), col massimo di 2.000€ per intervento o ricovero.

D) In caso di parto senza taglio cesareo e/o aborto spontaneo, la Società rimborsa le seguenti spese comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del limite di 3.000€ per annualità assicurativa:

1. Onorari dell'equipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento.
2. Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato.
3. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie) nel limite di € 350 al giorno.
4. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 150 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti al parto.
5. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 150 giorni successivi alla data della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti al parto.
6. Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite

giornaliero di 150 € e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni 100 per annualità assicurativa.

7. Trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'istituto di cura e viceversa, col massimo di 1.100€ per intervento o ricovero.

Art. 2 - Operatività della copertura

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Art. 3 - Massimale

La garanzia di cui all'Art. 1 – Garanzia Ospedaliere della presente Sezione è prestata fino a concorrenza del massimale di € 350.000 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo), fermi eventuali ulteriori sottolimiti specificamente previsti.

Art. 4 - Scoperti e franchigie

Le spese di cui all'Art. 1 – Garanzie Ospedaliere della presente Sezione vengono rimborsate previa applicazione sei seguenti scoperti e franchigie, differenziate per tipologia di prestazione/garanzie e modalità di accesso alle prestazioni:

1. Ricovero e di day hospital di cui punti A) e C):

Strutture convenzionate con

pagamento diretto (Art.3, Sezione IV): franchigia di € 1.500 (ridotta a € 300 per gli interventi ambulatoriali)

Strutture non convenzionate, o

convenzionate senza pagamento

diretto (Art. 3 Sezione IV): scoperto 30% con minimo di 2.500 e massimo di € 10.000 (il minimo non si applica per gli interventi ambulatoriali)

Integrazione del SSN

(pagamento dei soli ticket): rimborso integrale senza scoperti e franchigie.

2. Parto cesareo/aborto terapeutico e parto naturale di cui ai punti B) e D)

Strutture convenzionate con

Pagamento diretto (Art.3, Sezione IV): franchigia di € 500

Strutture non convenzionate, o

convenzionate senza pagamento

diretto (Art. 3 Sezione IV): scoperto 30%

Integrazione del SSN

(pagamento dei soli ticket): rimborso integrale senza scoperti e franchigie.

Art. 5 - Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero/day hospital né per altra prestazione ed esso connessa, avrà diritto ad un'indennità di €

50,00 – ridotto al 50% per il day hospital - per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 60 giorni per ogni ricovero.

Tale indennità spetta anche nel caso in cui, in alternativa o in concorrenza con il ricovero in Strutture del S.S.N., l'Assicurato ricorra, su indicazione della Struttura del Servizio Sanitario Nazionale, alle seguenti forme di assistenza sanitaria domiciliare:

- Ospedalizzazione a domicilio (Home Care) – con la quale l'Ospedale si fa carico dell'assistenza inviando a casa del paziente personale medico ed infermieristico;
- Dimissione domiciliare protetta (DDP) – con la quale l'Ospedale provvede ad una dimissione tempestiva, indicando le necessità del paziente e le apparecchiature necessarie e la ASL di appartenenza provvede alla loro fornitura e alla assistenza con proprio personale.

Art. 6 - Garanzie Extraospedaliere.

Art. 6.1 - Alta diagnostica e terapie

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni di seguito indicate.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. In caso di infortunio è necessario produrre certificato di Pronto Soccorso o, in alternativa, una certificazione medica indicante la tipologia di infortunio ed la data/il periodo di accadimento dello stesso.

Accertamenti di Alta diagnostica radiologica (“anche digitale”), esami stratigrafici e contrastografici:

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Colonscopia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Gastrosopia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia

- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Rx torace
- Rettoscopia
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia logge renali
- Tomoxerografia
- Tomografia torace
- Tomografia in genere
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Altri Accertamenti

- Amniocentesi e villocentesi
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

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

Art. 6.1.1 - Massimale

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni di cui all'Art. 6.1 - Alta diagnostica e terapie è di € 5.000, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Art. 6.1.2 - Scoperti e franchigie

Per le prestazioni di cui all'Art. 6.1 - Alta diagnostica e terapie, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società con utilizzo del servizio di pagamento diretto delle prestazioni (di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 30 per prestazione che l'assicurato dovrà provvedere a pagare direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso in cui, invece, l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società (ovvero non si avvalga del servizio di pagamento diretto delle prestazioni di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con

l'applicazione di uno scoperto del 30% per ogni prestazione o ciclo di cura (intendendosi per tale gli accertamenti e/o terapie connessi ad una medesima patologia/infortunio contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in una unica richiesta di rimborso).

Qualora l'iscritto presenti una fattura relativa a prestazioni di cui agli Artt. 6.1 e 6.2 della presente Sottosezione, senza che siano indicati gli importi specifici di ciascuna prestazione fruita (e non sia allegata idonea dichiarazione rilasciata dall'emittente la fattura con l'indicazione degli importi di ogni singola prestazione), il rimborso verrà calcolato applicando sull'intero importo lo scoperto previsto al comma precedente ed il massimale (per l'intera fattura rimborsata) sarà quello previsto dall'Art. 6.1.1.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Art. 6.2 - Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per visite specialistiche, esami e per accertamenti diagnostici e di laboratorio, conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite pediatriche effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. In caso di infortunio è necessario produrre certificato di Pronto Soccorso o, in alternativa, una certificazione medica indicante la tipologia di infortunio ed il periodo di accadimento dello stesso

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

Art. 6.2.1 - Massimale

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni di cui all'Art. 6.2 – Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio è di € 1.800, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Art. 6.2.2 - Scoperti e franchigie

Per le prestazioni di cui all'Art. 6.2 - Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società con utilizzo del servizio di pagamento diretto delle prestazioni (di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 20 che l'assicurato dovrà provvedere a pagare direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso in cui, invece, l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società (ovvero non si avvalga del servizio di pagamento diretto delle prestazioni di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20% con minimo di € 65 per ogni prestazione o ciclo di cura (intendendosi per gli accertamenti e/o visite connessi ad una medesima patologia/infortunio contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in una unica richiesta di rimborso).

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Art. 7 - Protesi ortopediche ed acustiche

La Società rimborsa, con uno scoperto del 20% le spese sostenute dall'assicurato per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una certificazione medica che indichi la patologia o l'infortunio che ha reso necessario l'acquisto della protesi.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni di cui al presente Articolo è di € 5.000 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Art. 8 - Cure Oncologiche

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per visite specialistiche, esami e per La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per visite specialistiche, esami e per accertamenti diagnostici e di laboratorio, terapie (ivi comprese quelle riabilitative) e farmaci, relativi a cure oncologiche.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una certificazione medica che indichi la patologia che ha reso necessario la prestazione.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni di cui al presente Articolo è di € 5.000 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Per le prestazioni di cui al presente Articolo, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società con utilizzo del servizio di pagamento diretto delle prestazioni (di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di scoperti e franchigie.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società (ovvero non si avvalga del servizio di pagamento diretto delle prestazioni di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

La garanzia prevista dal presente Articolo opera in aggiunta a quelle previste dalla presente Sottosezione.

Art. 9 - Cure dentarie da infortunio

La Società rimborsa, a parziale deroga dell'Art. 15 - Esclusioni delle Condizioni Generali – Sezione I, le spese sostenute per cure e protesi dentarie esclusivamente dovute ad infortunio, purché l'infortunio stesso sia documentato da certificazione della struttura di

Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso, fino a concorrenza del massimale di € 3.000 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Art. 10 - Prevenzione dentaria

La Società provvede, a parziale deroga dell'Art. 15 - Esclusioni delle Condizioni Generali-Sezione I, al pagamento delle spese per una visita specialistica odontoiatrica e una seduta di igiene orale effettuate 1 volta l'anno per ciascun assicurato presso strutture e medici convenzionati (è pertanto escluso il rimborso qualora l'iscritto provveda direttamente al pagamento delle prestazioni).

Art. 11 - Trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese delle spese per prestazioni fisioterapiche e riabilitative a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso e sempreché le prestazioni siano prescritte da medico ed eseguite o da medici specialisti o da personale sanitario in possesso di diploma o laurea.

Art. 11.1 - Massimale

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni di cui all'Art. 11 - Trattamenti fisioterapici e riabilitativi, è di € 500, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Art.11.2 - Scoperti e franchigie

Per le prestazioni di cui all'Art. 11 - Trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società con utilizzo del servizio di pagamento diretto delle prestazioni (di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 15,00 per ciascuna seduta giornaliera.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società (ovvero non si avvalga del servizio di pagamento diretto delle prestazioni di cui all'Art. 3, Sezione IV), le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di una franchigia di € 100 per ciascuna fattura ovvero ciclo di terapia (inteso come l'insieme di prestazioni relative ad una medesima patologia/infortunio contestualmente prescritte dal medico e presentati alla Società in una unica richiesta di rimborso).

Art. 12 - Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

La Società provvede al pagamento o rimborsa, a parziale deroga dell'Art.15 - Esclusioni delle Condizioni Generali, le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale sempre relativi ai seguenti interventi:

13. osteiti mascellari
14. neoplasie ossee della mandibola o della mascella
15. cisti follicolari
16. cisti radicolari

17. adamantinoma
18. odontoma

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per le fattispecie di cui ai punti 1, 2, 3, 4, 5, 6 che precedono;
- (in aggiunta a quanto sopra) referti istologici per le neoplasie ossee della mandibola o della mascella, le cisti follicolari e le cisti radicolari.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni di cui al presente Articolo è di € 3.000 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

Per le prestazioni di cui al presente Articolo, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di scoperti e franchigie.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente all'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

SEZIONE IV - NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 1 - Modalità di erogazione delle prestazioni

Le prestazioni previste dal presente contratto, specificamente quelle previste dalla Sezione III (Sottosezioni A, B e C), possono essere effettuate secondo le seguenti modalità:

- a) **Strutture convenzionate:** in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con eventuale applicazione degli scoperti e delle franchigie previsti per ciascuna tipologia di garanzia e prestazione, che dovranno quindi essere versati dall'interessato direttamente alla struttura/professionista che ha erogato la prestazione.

A parziale deroga di quanto sopra, per quanto riguarda le seguenti prestazioni previste dall'Art. 1 Garanzie Ospedaliere della Sezione III (sottosezioni A, B e C), le spese per:

- vitto e pernottamento per un accompagnatore dell'Assicurato
 - trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario;
 - trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o aereo;
 - spese per il rimpatrio della salma.
- vengono rimborsate all'Assicurato senza applicazione di franchigie/scoperti fermi i limiti specificamente previsti.

Inoltre, per quanto riguarda le prestazioni Ospedaliere di cui all'Art. 1 Garanzie Ospedaliere della Sezione III (sottosezioni A, B e C), in caso di ricovero/day hospital effettuato presso strutture convenzionate e con medici convenzionati, il pagamento delle spese di degenza (escluse in ogni caso le spese voluttuarie) avverrà senza applicazione del limite indicato nel citato Articolo.

In caso di ricovero/day hospital/intervento ambulatoriale effettuato in strutture sanitarie private/pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati, non sarà possibile attivare la liquidazione diretta delle spese da parte della Società; pertanto l'iscritto dovrà provvedere al pagamento delle spese sostenute e successivamente richiedere il rimborso secondo le modalità indicate al punto b).

b) **Strutture non convenzionate:** in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società e medici non convenzionati.

In questo caso le spese sostenute dall'Assicurato vengono rimborsate dalla Società con le modalità (scoperti, franchigie) previste per ciascuna tipologia di garanzia e prestazione.

A parziale deroga di quanto sopra, per quanto riguarda le seguenti prestazioni previste dall'Art. 1 Garanzie Ospedaliere della Sezione III (Sottosezioni A, B e C), le spese per:

- vitto e pernottamento per un accompagnatore dell'Assicurato
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo;
- spese per il rimpatrio della salma.

vengono rimborsate all'Assicurato senza applicazione di franchigie/scoperti fermi i limiti specificamente previsti.

c) **Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., le spese sostenute dall'Assicurato vengono integralmente rimborsate dalla Società; fermo restando per l'Assicurato la possibilità di attivare, in caso di ricovero/day hospital, in alternativa al rimborso delle spese la garanzia "Indennità sostitutiva".

Art. 2 - Oneri a carico dell'Assicurato

Per l'ottenimento del rimborso delle spese sostenute (ovvero il riconoscimento dell'indennità sostitutiva) l'Assicurato deve presentare denuncia del sinistro alla Società secondo le procedure operative concordate tra questa e l'INFN.

La denuncia deve essere corredata da copia della documentazione medica, indicante la diagnosi o il quesito diagnostico, relativa alla prestazione di cui si richiede il rimborso, ovvero da copia del referto medico attestante la natura della malattia o dell'infortunio (per quest'ultimo l'assicurato dovrà produrre copia del referto di Pronto Soccorso ovvero, in alternativa, idonei certificati medici e/o referti di accertamenti diagnostici eventualmente effettuati dai quali sia possibile determinare la causa dell'infortunio e la data di accadimento dello stesso). L'Assicurato è obbligato a presentare copia della cartella clinica (anche su supporto elettronico) relativa all'eventuale ricovero.

L'Assicurato deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici della Società per qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo solo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

La documentazione, come sopra specificato, deve essere presentata in copia, fermo restando che la Società potrà richiedere, in ogni momento (sia prima del pagamento che a pagamento avvenuto), la produzione degli originali o di copie conformi agli originali, qualora i documenti trasmessi risultassero in tutto o in parte illeggibili, incompleti o presentassero grafie diverse, o per effettuare controlli statistici.

Al termine della valutazione del sinistro, entro e non oltre 30 giorni dalla presentazione della denuncia di sinistro, la Società invia all'assicurato una comunicazione che illustra l'esito della valutazione effettuata (con indicati i dettagli delle liquidazioni in forma diretta e dei rimborsi predisposti, ovvero i motivi della mancata liquidazione).

Art. 3 - Attivazione delle prestazioni in forma diretta presso Strutture Convenzionate

Con riferimento alla modalità di accesso alle prestazioni prevista dall'Art. 13 lettera a) della presente Sezione, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate ed ai medici convenzionati integralmente, ovvero con l'applicazione degli scoperti e delle franchigie previsti per ciascuna tipologia di garanzia e prestazione, che dovranno quindi essere saldati dall'Assicurato direttamente alla struttura/professionista che ha erogato la prestazione.

Per aver diritto a tale assistenza diretta l'Assicurato deve ottenere la preventiva autorizzazione da parte della Società prendendo contatto con gli Uffici dedicati (Centrale Operativa) della stessa, i quali si impegnano a fornire all'assicurato, entro tre giorni lavorativi dall'attivazione, indicazioni circa la presa in carico della richiesta.

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante indicante la natura della malattia (accertata o presunta) o dell'infortunio per i quali vengono richieste le prestazioni.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eventuali scoperti e franchigie previste alle singole garanzie e per spese eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Art. 4 - Anticipo dell'indennizzo

Nel caso di avvenuto ricovero – di cui all'Art. 1 Garanzia Ospedaliera della Sezione III (sottosezioni A, B e C), in Istituto di cura non convenzionato con la Società, è facoltà dell'Assicurato richiedere un anticipo sulle spese preventivate, in misura non superiore

al 80% delle stesse e previa presentazione alla Società di idonea documentazione. L'anticipo verrà corrisposto dalla Società mediamente entro 5 giorni dalla data di ricezione della documentazione necessaria.

A cura ultimata, previa presentazione da parte dell'Assicurato delle notule di spesa in originale, la Società, in sede di liquidazione del sinistro, procederà al relativo conguaglio.

Qualora l'assicurato sia in condizione di fornire alla Società l'ammontare preciso del rimborso su dichiarazione dell'istituto di cura, la Società corrisponderà l'anticipo fino al 100% della spesa sostenuta nei limiti contrattuali.

Art. 5 – Portale per la gestione operativa

La Società mette a disposizione degli assicurati un portale, attraverso il quale sarà possibile:

- c)** verificare la propria posizione anagrafica;
- d)** presentare le richieste di rimborso (capacità minima di caricamento per singolo documento: 5 Mega Byte);
- e)** trasmettere l'eventuale documentazione necessaria per l'integrazione delle pratiche già presentate (capacità minima di caricamento per singolo documento: 5 Mega Byte);
- f)** verificare in modo semplice e intuitivo lo stato delle proprie pratiche: inserite, rimborsate rifiutate.
- g)** visionare/scaricare le comunicazioni della Compagnia.

Inoltre, per quanto riguarda le prestazioni in forma diretta:

- h)** consultare l'elenco delle strutture e dei medici appartenenti ai network convenzionati;
- i)** richiedere l'attivazione delle prestazioni in forma diretta presso Strutture Convenzionate;
- j)** trasmettere la documentazione necessaria per la gestione e l'eventuale integrazione delle pratiche (capacità minima di caricamento per singolo documento: 5 Mega Byte);
- k)** verificare lo stato delle proprie pratiche e visionare/scaricare le comunicazioni della Compagnia.

Nella medesima area riservata la Società metterà a disposizione degli assicurati:

- la documentazione contrattuale;
- eventuali guide operative.
- le dichiarazioni di copertura (riepilogative delle prestazioni e delle condizioni applicabili a ciascun assicurato) in italiano ed in inglese per ciascun assicurato, distinte per caponucleo e singolo familiare

I servizi di cui sopra saranno messi a disposizione degli assicurati nella propria area riservata alla quale sarà possibile accedere previa registrazione sul portale messo a disposizione della Società; a registrazione potrà essere effettuata esclusivamente dall'assicurato capo nucleo per la gestione delle proprie pratiche e di quelle dei familiari alla quale eventualmente sia stata estesa la copertura assicurativa.

SEZIONE V - ASSISTENZA

Premessa: le prestazioni previste dalla presente sezioni sono messe a disposizione di tutti gli assicurati di cui all'Art. 6 della Sezione I Condizioni Generali, in aggiunta di quelle previste dalla Sezione III Garanzie.

Art. 1 - SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa dell'aggiudicataria telefonando al numero verde

Dall'estero la Centrale Operativa può essere contattata al numero

Per i servizi di consulenza e assistenza offerti la Società si impegna a garantire tempi di risposta di regola non superiori a dieci minuti.

Art. 2 - SERVIZI DI CONSULENZA

I servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00/10,00 alle ore 18/20 (minimo dieci ore consecutive, l'aggiudicatario dovrà indicare la fascia oraria nella quale garantirà i servizi).

Devono essere comunicate all'Amministrazione INFN le eventuali variazioni e prontamente aggiornate sul portale dei servizi dedicati.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- strutture sanitarie e medici convenzionati;
- indicazioni sugli adempimenti per l'utilizzo della polizza ed in merito a chiarimenti circa le richieste di rimborso e le pratiche in assistenza diretta;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici immediati

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

A parziale deroga di quanto previsto al primo comma del presente Articolo, i pareri medici immediati vengono forniti dalla Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore, 7 giorni su sette, festivi inclusi.

Art. 3 - ASSISTENZA IN ITALIA

I servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore, 7 giorni su 7, festivi inclusi.

d) Invio di un medico

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

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui, in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 500 km per evento.

f) Reperimento e consegna farmaci

L'Assistito potrà chiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna di medicinali prescritti dal proprio medico presenti nel prontuario farmaceutico presso la propria abitazione. La Centrale Operativa provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso l'abitazione dell'Assistito il denaro e la prescrizione necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti. La prestazione è fornita nel più breve tempo possibile non appena reperiti i farmaci richiesti.

g) Prelievo campioni di sangue a domicilio

Qualora, in caso di malattia (certa o presunta) o di infortunio, ne sia stata fatta richiesta dal proprio medico curante, l'Assistito potrà richiedere alla Centrale Operativa di organizzare il prelievo presso la propria abitazione. La prestazione è fornita con un preavviso di 5 (cinque) giorni lavorativi.

Art. 4 – DIAGNOSI COMPARATIVA

Il servizio viene fornito dalla Centrale Operativa dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00/10,00 alle ore 18/20 (minimo dieci ore consecutive, l'aggiudicatario dovrà indicare la fascia oraria nella quale garantirà i servizi)

h) Diagnosi Comparativa

Qualora l'assistito avverta l'esigenza di sottoporre i responsi ricevuti dai sanitari curanti, al momento in cui viene fornita una diagnosi o una impostazione terapeutica, all'autorevole verifica da parte dei migliori esperti delle diverse discipline specialistiche, potrà contattare direttamente la Centrale Operativa.

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

L'accesso al servizio è consentito in presenza delle seguenti patologie gravi, diagnosticate ovvero accertate:

- Morbo di Alzheimer
- AIDS
- Cecità
- Malattie neoplasiche maligne

- Problemi cardiovascolari
- Sordità
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organi vitali
- Patologie neuromotorie
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Ictus

Per l'attivazione della garanzia, l'Assistito dovrà inviare alla Compagnia la documentazione clinica in suo possesso che il medico della Compagnia gli richiederà in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata alla Società, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta esterno per quella patologia.

Art. 5 – ASSISTENZA ALL'ESTERO

I servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore, 7 giorni su 7, festivi inclusi.

i) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della Sua famiglia, residente in Italia, un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di € 2.000,00 per sinistro.

j) Invio di medicinali urgenti all'estero

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

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

k) Rimpatrio sanitario

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

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

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

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

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

SEZIONE VI - PREMI

PREMESSA.

I premi annui per il complesso delle prestazioni oggetto del presente contratto, relativo a ciascun assicurato sotto indicato, comprensivo di oneri fiscali, viene definito come segue.

Art. 1. Dipendente dell'INFN/titolare di assegno di ricerca e borsa di studio erogati dall'INFN.

Il premio annuo per il Dipendente dell'INFN/titolare di assegno di ricerca e borsa di studio erogati dall'INFN (Art. 6, I comma lettere a) e b) della Sezione I Condizioni Generali è stabilito in **€ 410,00**

Per i componenti del nucleo familiare dell'Assicurato di cui I comma, cui sia stata estesa la copertura ai sensi dell'ultimo comma dell'Art. 6 della Sezione I Condizioni Generali, il premio per anno/persona è stabilito come segue:

1. **Coniuge/partner unito civilmente fiscalmente a carico:** premio di cui I comma del presente Articolo moltiplicato per 0,8
2. **Coniuge/partner unito civilmente non fiscalmente a carico/convivente more uxorio:** premio di cui I comma del presente Articolo moltiplicato per 0,90
3. **Figlio:** premio di cui I comma del presente Articolo moltiplicato per 0,70
4. **Altro familiare:** premio di cui I comma del presente Articolo moltiplicato per 1,50

Per quanto riguarda gli assicurati di cui ai punti 1 e 2 che precedono, la modifica del carico fiscale nel corso dell'annualità non comporterà alcuna modifica (riduzione/incremento) del premio già determinato/versato, fermo restando la nuova eventuale determinazione del premio stesso alla prima scadenza annuale.

Art. 2 - Pensionato dell'INFN

Il premio annuo per il **Pensionato dell'INFN** (Art. 6, II comma lettera c della Sezione I Condizioni Generali) è stabilito in **tre (3) volte il premio previsto per il Dipendente dell'INFN/titolare di assegno di ricerca e borsa di studio erogati dall'INFN**, di cui al I comma dell'Art. 1 della presente Sezione.

Per i componenti del nucleo familiare dell'Assicurato di cui I comma, cui sia stata estesa la copertura ai sensi dell'ultimo comma dell'Art. 6 della Sezione I Condizioni Generali, il premio per anno/persona è stabilito come segue:

1. **Coniuge/partner unito civilmente fiscalmente a carico:** premio di cui I comma del presente Articolo moltiplicato per 0,8
2. **Coniuge/partner unito civilmente non fiscalmente a carico/convivente more uxorio:** premio di cui I comma del presente Articolo moltiplicato per 0,90
3. **Figlio:** premio di cui I comma del presente Articolo moltiplicato per 0,70
4. **Altro familiare:** premio di cui I comma del presente Articolo moltiplicato per 1,50

Per quanto riguarda gli assicurati di cui ai punti 1 e 2 che precedono, la modifica del carico fiscale nel corso dell'annualità non comporterà alcuna modifica (riduzione/incremento) del premio già determinato/versato, fermo restando la nuova eventuale determinazione del premio stesso alla prima scadenza annuale.

Art. 3 - Associato all'INFN/Comandato presso l'INFN

I premi annui per il complesso delle prestazioni oggetto del presente contratto, relativo a ciascun assicurato sotto indicato, comprensivo di oneri fiscali, viene definito come segue:

Il premio annuo per il **Associato all'INFN/Comandato presso l'INFN** (Art. 6, Il comma lettera d della Sezione I Condizioni Generali) è stabilito in **tre (3) volte il premio previsto per il Dipendente dell'INFN/titolare di assegno di ricerca e borsa di studio erogati dall'INFN**, di cui al I comma dell'Art. 1 della presente Sezione.

Per i componenti del nucleo familiare dell'Assicurato di cui I comma, cui sia stata estesa la copertura ai sensi dell'ultimo comma dell'Art. 6 della Sezione I Condizioni Generali, il premio per anno/persona è stabilito come segue:

1. **Coniuge/partner unito civilmente fiscalmente a carico:** premio di cui I comma del presente Articolo moltiplicato per 0,8
2. **Coniuge/partner unito civilmente non fiscalmente a carico/convivente more uxorio:** premio di cui I comma del presente Articolo moltiplicato per 0,90
3. **Figlio:** premio di cui I comma del presente Articolo moltiplicato per 0,70
4. **Altro familiare:** premio di cui I comma del presente Articolo moltiplicato per 1,50

Per quanto riguarda gli assicurati di cui ai punti 1 e 2 che precedono, la modifica del carico fiscale nel corso dell'annualità non comporterà alcuna modifica (riduzione/incremento) del premio già determinato/versato, fermo restando la nuova eventuale determinazione del premio stesso alla prima scadenza annuale.

Il Responsabile Unico del Procedimento
(Dr.ssa Michela Pischedda)

SCHEMA VARIANTI TECNICHE

VARIANTI TECNICHE APPLICABILI A TUTTE LE SOTTOSEZIONI

<p>1) Sezione III - Massimale parto con taglio cesareo e/o aborto terapeutico</p> <p>Sottosezione A, Art. 1 lettera B</p> <p>Sottosezione B, Art. 1 lettera B</p> <p>Sottosezione C, Art. 1 lettera B</p> <p><i>Selezionare una soltanto delle 3 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Come da capitolato</p> <p><input type="checkbox"/> elevazione a € 6.000</p> <p><input type="checkbox"/> elevazione a € 7.000</p>	<p>Punteggio</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>2) Sezione III - Massimale parto senza taglio cesareo e/o aborto spontaneo</p> <p>Sottosezione A, Garanzie Ospedaliere - Art. 1 lettera D</p> <p>Sottosezione B, Garanzie Ospedaliere - Art. 1 lettera D</p> <p>Sottosezione C, Garanzie Ospedaliere - Art. 1 lettera D</p> <p><i>Selezionare una soltanto delle 3 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Come da capitolato</p> <p><input type="checkbox"/> elevazione a € 4.000</p> <p><input type="checkbox"/> elevazione a € 5.000</p>	<p>Punteggio</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>3) Sezione III - Massimale garanzie ospedaliere</p> <p>Sottosezione A, Art. 3</p> <p>Sottosezione B, Art. 3</p> <p>Sottosezione C, Art. 3</p> <p><i>Selezionare una soltanto delle 3 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Come da capitolato</p> <p><input type="checkbox"/> elevazione a € 430.000</p> <p><input type="checkbox"/> elevazione a € 500.000</p>	<p>Punteggio</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>4) Sezione III - Massimale Alta diagnostica e terapie</p> <p>Sottosezione A, Art. 6.1.1</p> <p>Sottosezione B, Art. 6.1.1</p> <p>Sottosezione C, Art. 6.1.1</p> <p><i>Selezionare una soltanto delle 3 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Come da capitolato</p> <p><input type="checkbox"/> elevazione a € 7.500</p> <p><input type="checkbox"/> elevazione a € 10.000</p>	<p>Punteggio</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>

5) Sezione III - Massimale Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio Sottosezione A, Art. 6.2.1 Sottosezione B, Art. 6.2.1 Sottosezione C, Art. 6.2.1 <i>Selezionare una soltanto delle 3 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i>	<input type="checkbox"/> Come da capitolato	Punteggio 0
	<input type="checkbox"/> elevazione a € 2.500	1
	<input type="checkbox"/> elevazione a € 3.000	2

6) Sezione III - Massimale Cure Oncologiche Sottosezione A, Art. 8 III comma Sottosezione B, Art. 8 III comma Sottosezione C, Art. 8 III comma <i>Selezionare una soltanto delle 3 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i>	<input type="checkbox"/> Come da capitolato	Punteggio 0
	<input type="checkbox"/> elevazione a € 7.500	1
	<input type="checkbox"/> elevazione a € 10.000	2

7) Sezione III - Massimale Trattamenti fisioterapici e riabilitativi Sottosezione A, Art. 11.1 Sottosezione B, Art. 11.1 Sottosezione C, Art. 11.1 <i>Selezionare una soltanto delle 3 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i>	<input type="checkbox"/> Come da capitolato	Punteggio 0
	<input type="checkbox"/> elevazione a € 750	2
	<input type="checkbox"/> elevazione a € 1.000	3

8) Sezione III - Massimale Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero Sottosezione A, Art. 12 III comma Sottosezione B, Art. 12 III comma Sottosezione C, Art. 12 III comma <i>Selezionare una soltanto delle 3 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i>	<input type="checkbox"/> Come da capitolato	Punteggio 0
	<input type="checkbox"/> elevazione a € 5.000	1
	<input type="checkbox"/> elevazione a € 10.000	2

VARIANTI TECNICHE APPLICABILI ALLA SOTTOSEZIONE A (DIPENDENTI/BORSISTI/ASSEGNISTI)

<p>9) Sezione III - Franchigia in rete per i ricoveri/DH/interventi ambulatoriali per dipendenti/borsisti/assegnisti</p> <p>Sottosezione A, Art. 4, lettera a), punto 1), Strutture convenzionate con pagamento diretto</p> <p><i>Selezionare una soltanto delle 5 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Come da capitolato</p> <p><input type="checkbox"/> riduzione a € 750 (ridotta a € 200 per gli interventi ambulatoriali)</p> <p><input type="checkbox"/> riduzione a € 500 (ridotta a € 200 per gli interventi ambulatoriali)</p> <p><input type="checkbox"/> riduzione a € 250 (ridotta a € 100 per gli interventi ambulatoriali)</p> <p><input type="checkbox"/> eliminazione delle franchigie</p>	<p>Punteggio</p> <p>0</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p>
--	---	---

<p>10) Sezione III - Scoperto con minimo/massimo fuori rete per dipendenti/borsisti/assegnisti</p> <p>Sottosezione A, Art. 4, lettera a), punto 1), Strutture non convenzionate, o convenzionate senza pagamento diretto</p> <p><i>Selezionare una soltanto delle 5 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Come da capitolato</p> <p><input type="checkbox"/> riduzione a 30% con minimo € 1.000 e massimo € 10.000 (il minimo non si applica per gli interventi ambulatoriali)</p> <p><input type="checkbox"/> riduzione a 30% con minimo € 500 e massimo € 10.000 (il minimo non si applica per gli interventi ambulatoriali)</p> <p><input type="checkbox"/> riduzione a 20% con minimo € 1.000 e massimo € 10.000 (il minimo non si applica per gli interventi ambulatoriali)</p> <p><input type="checkbox"/> riduzione a 20% con minimo € 500 e massimo € 10.000 (il minimo non si applica per gli interventi ambulatoriali)</p>	<p>Punteggio</p> <p>0</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p>
---	--	---

11) Sezione III - Franchigia in rete per parto/aborto per dipendenti/borsisti/assegnisti Sottosezione A, Art. 4, lettera a), punto 2), Strutture convenzionate con pagamento diretto <i>Selezionare una soltanto delle 3 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i>	<input type="checkbox"/> Come da capitolato	Punteggio 0
	<input type="checkbox"/> riduzione a € 250	1
	<input type="checkbox"/> eliminazione della franchigia	2

12) Sezione III - Scoperto fuori rete per parto/aborto per dipendenti/borsisti/assegnisti Sottosezione A, Art. 4, lettera a), punto 2), Strutture non convenzionate, o convenzionate senza pagamento diretto <i>Selezionare una soltanto delle 3 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i>	<input type="checkbox"/> Come da capitolato	Punteggio 0
	<input type="checkbox"/> riduzione a 20%	1
	<input type="checkbox"/> riduzione a 10 %	2

13) Sezione III - Importo indennità sostitutiva Sottosezione A, Art. 5, I comma <i>Selezionare una soltanto delle 5 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i>	<input type="checkbox"/> Come da capitolato	Punteggio 0
	<input type="checkbox"/> elevazione a € 100	1
	<input type="checkbox"/> elevazione a € 120	2
	<input type="checkbox"/> elevazione a € 150	3
	<input type="checkbox"/> elevazione a € 180	4

14) Sezione III - Franchigia in rete per alta diagnostica e terapie per dipendenti/borsisti/assegnisti Sottosezione A, Art. 6.1.2, II comma <i>Selezionare una soltanto delle 5 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i>	<input type="checkbox"/> Come da capitolato	Punteggio 0
	<input type="checkbox"/> riduzione a € 25	2
	<input type="checkbox"/> riduzione a € 20	3
	<input type="checkbox"/> riduzione a € 15	4
	<input type="checkbox"/> nessuna franchigia	5

<p>15) Sezione III - Scoperto fuori rete per alta diagnostica e terapie per dipendenti/borsisti/assegnisti</p> <p>Sottosezione A, Art. 6.1.2, III comma</p> <p><i>Selezionare una soltanto delle 3 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i></p>	<input type="checkbox"/> Come da capitolato	Punteggio 0
	<input type="checkbox"/> riduzione a 25%	1
	<input type="checkbox"/> riduzione a 20%	2

<p>16) Sezione III - Franchigia in rete per visite e accertamenti diagnostici e di laboratorio per dipendenti/borsisti/assegnisti</p> <p>Sottosezione A, Art. 6.2.2, II comma</p> <p><i>Selezionare una soltanto delle 4 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i></p>	<input type="checkbox"/> Come da capitolato	Punteggio 0
	<input type="checkbox"/> riduzione a € 15	2
	<input type="checkbox"/> riduzione a € 10	3
	<input type="checkbox"/> nessuna franchigia	4

<p>17) Sezione III - Scoperto con relativo minimo, fuori rete per visite e accertamenti diagnostici e di laboratorio per dipendenti/borsisti/assegnisti</p> <p>Sottosezione A, Art. 6.2.2, III comma</p> <p><i>Selezionare una soltanto delle 3 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i></p>	<input type="checkbox"/> Come da capitolato	Punteggio 0
	<input type="checkbox"/> riduzione a 20% con minimo € 55	1
	<input type="checkbox"/> riduzione a 20% con minimo € 40	2

<p>18) Sezione III - Franchigia in rete per trattamenti fisioterapici e riabilitativi per dipendenti/borsisti/assegnisti</p> <p>Sottosezione A, Art. 11.2, II comma</p> <p><i>Selezionare una soltanto delle 3 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i></p>	<input type="checkbox"/> Come da capitolato	Punteggio 0
	<input type="checkbox"/> riduzione a € 10	1
	<input type="checkbox"/> nessuna franchigia	2

<p>19) Sezione III - Franchigia fuori rete per trattamenti fisioterapici e riabilitativi per dipendenti/borsisti/assegnisti</p> <p>Sottosezione A, Art. 11.2, III comma</p> <p><i>Selezionare una soltanto delle 3 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i></p>	<input type="checkbox"/> Come da capitolato	Punteggio 0
	<input type="checkbox"/> riduzione a € 75	1
	<input type="checkbox"/> riduzione a € 50	2

VARIANTI TECNICHE APPLICABILI ALLE SOTTOSEZIONI A (LIMITATAMENTE AI FAMILIARI DI DIPENDENTI/BORSISTI/ASSEGNISTI), B (PENSIONATI) E C (ASSOCIATI/COMANDATI)

<p>20) Sezione III – Franchigia in rete per i ricoveri/DH/interventi ambulatoriali, per i familiari di dipendenti/borsisti/assegnisti e per i pensionati/associati/comandati e relativi familiari</p> <p>Sottosezione A, Art. 4, lettera b), punto 1), Strutture convenzionate con pagamento diretto</p> <p>Sottosezione B, Art. 4, punto 1), Strutture convenzionate con pagamento diretto</p> <p>Sottosezione c, Art. 4, punto 1), Strutture convenzionate con pagamento diretto</p> <p><i>Selezionare una soltanto delle 3 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Come da capitolato</p> <p><input type="checkbox"/> riduzione a € 1.250 (ridotta a € 300 per gli interventi ambulatoriali)</p> <p><input type="checkbox"/> riduzione a € 950 (ridotta a € 200 per gli interventi ambulatoriali)</p>	<p align="right">Punteggio</p> <p align="right">0</p> <p align="right">2</p> <p align="right">3</p>
---	--	---

<p>21) Sezione III - Scoperto con minimo/massimo fuori rete, , per i familiari di dipendenti/borsisti/assegnisti e per i pensionati/associati/comandati e relativi familiari</p> <p>Sottosezione A, Art. 4, lettera b), punto 1), Strutture non convenzionate, o convenzionate senza pagamento diretto</p> <p>Sottosezione B Art. 4, punto 1), Strutture non convenzionate, o convenzionate senza pagamento diretto</p> <p>Sottosezione C Art. 4, punto 1), Strutture non convenzionate, o convenzionate senza pagamento diretto</p> <p><i>Selezionare una soltanto delle 3 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Come da capitolato</p> <p><input type="checkbox"/> riduzione a 30% con minimo € 2.250 e massimo € 10.000 (il minimo non si applica per gli interventi ambulatoriali)</p> <p><input type="checkbox"/> riduzione a 30% con minimo € 2.000 e massimo € 10.000 (il minimo non si applica per gli interventi ambulatoriali)</p>	<p align="right">Punteggio</p> <p align="right">0</p> <p align="right">2</p> <p align="right">3</p>
---	--	---

VARIANTE TECNICA APPLICABILI ALLE SOTTOSEZIONI A B (PENSIONATI) E C (ASSOCIATI/COMANDATI)

22) Sezione III – Importo indennità sostitutiva		Punteggio
Sottosezione B, Art. 5, I comma	<input type="checkbox"/> Come da capitolato	0
Sottosezione C, Art. 5, I comma	<input type="checkbox"/> elevazione a € 75	0,5
	<input type="checkbox"/> elevazione a € 100	1
	<input type="checkbox"/> elevazione a € 120	2
<i>Selezionare una soltanto delle 6 opzioni disponibili - in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato.</i>	<input type="checkbox"/> elevazione a € 150	3
	<input type="checkbox"/> elevazione a € 180	4

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Codice Procedimento: INFN202200206INFN

CIG

1. **GARANZIA PROVVISORIA:**

Il concorrente dovrà presentare una garanzia provvisoria pari al 2% (due per cento) dell'importo a base di gara e con validità di 180 giorni dalla data di presentazione dell'offerta, ai sensi dell'art. 93 del d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i.. L'importo della garanzia è ridotto in tutte le ipotesi previste dall'art. 93, comma 7, del d.lgs. 50/2016 e s.m.i.

2. **VALIDITA' OFFERTA:**

Le offerte devono avere una validità non inferiore a 180 giorni.

3. **GARANZIA DEFINITIVA:**

L'esecutore del contratto è obbligato a costituire una garanzia definitiva secondo quanto previsto all'art. 103 del d.lgs. 50/2016 e s.m.i., mediante cauzione o fideiussione bancaria o polizza assicurativa. L'importo della garanzia è ridotto nel suo importo in tutte le ipotesi previste dall'art. 93, comma 7, del d.lgs. 50/2016 e s.m.i.. E' facoltà dell'offerente costituire la cauzione con le modalità di cui al co. 2 dell'art. 93.

L'atto fideiussorio deve prevedere espressamente la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore principale; la rinuncia all'eccezione di cui all'art. 1957, comma 2, del Codice Civile, nonché l'operatività della garanzia medesima entro 15 giorni, a semplice richiesta scritta dell'INFN.

La cauzione è prestata a garanzia dell'adempimento di tutte le obbligazioni del contratto e del risarcimento dei danni derivanti dall'eventuale inadempimento delle obbligazioni stesse, nonché a garanzia del rimborso delle somme pagate in più all'esecutore rispetto alle risultanze della liquidazione finale, salva comunque la risarcibilità del maggior danno verso l'appaltatore e cessa di avere effetto solo alla data di emissione del certificato di collaudo provvisorio o del certificato di regolare esecuzione.

L'Impresa si impegna a tenere valida ed efficace la garanzia per tutta la durata del contratto e a reintegrarla ove l'INFN se ne sia avvalso, entro 10 (dieci) giorni dalla richiesta. In caso di mancato reintegro il contratto si intende risolto, salvo il risarcimento del danno

4. **CONTROLLI E PENALITA'**

Il RUP e il DEC hanno la piena facoltà di esercitare in ogni momento gli opportuni controlli, relativamente all'appalto in ogni sua fase, senza che per tale controllo la Compagnia aggiudicataria possa pretendere di eliminare o diminuire la propria responsabilità che rimarrà comunque intera ed assoluta.

Qualora si rilevassero delle inadempienze agli obblighi previsti, la Stazione appaltante potrà richiedere all'Impresa aggiudicataria di intervenire per porre rimedio a tali inconvenienti entro un termine perentorio che, salvo i casi di urgenza, non può essere inferiore a dieci giorni.

In caso di inadempimento relativamente allo svolgimento delle attività oggetto della fornitura previste dal Capitolato, l'Istituto, per il tramite del RUP, in contraddittorio con l'impresa aggiudicataria, si riserva di applicare i seguenti provvedimenti:

- contestazione scritta con PEC o raccomandata con avviso di ricevimento in riferimento alla riscontrata inadempienza, assegnando un termine, non inferiore a 15 giorni, per la presentazione delle controdeduzioni.
- in caso di silenzio e qualora non siano ritenute valide le controdeduzioni saranno applicate le penalità sulla base di un formale provvedimento dell'Istituto, nel quale viene preso atto delle eventuali giustificazioni prodotte da parte della Impresa aggiudicataria e le motivazioni per le quali si ritiene opportuno disattenderle.

In caso di mancato o inesatto o ritardato adempimento delle prestazioni contrattuali sarà applicata una penale pari al 0,3‰ dell'importo contrattuale per ogni giorno di ritardo con un massimo del 10%, secondo i criteri dettagliati nel Capitolato Tecnico.

La fissazione delle penali non preclude la risarcibilità di eventuali ulteriori danni o la risoluzione del contratto se l'ammontare delle penali raggiunge l'importo della garanzia definitiva.

5. **AUMENTI / DIMINUZIONI.**

L'INFN, nel rispetto dell'art. 106, commi 1 e 2 del D.lgs. n. 50/2016 e s.m.i., può ammettere variazioni al contratto, in aumento o in diminuzione; nel caso in cui la variazione sia fino alla concorrenza massima di

un quinto del corrispettivo contrattuale indicato al precedente art. 5, ai sensi del comma 12 dell'art. 106 del D.lgs. n. 50/2016 e s.m.i. L'IMPRESA non può far valere il diritto alla risoluzione del contratto e si impegna ad eseguire, mediante atto di sottomissione delle modifiche richieste dal RUP ed adeguatamente motivate, le prestazioni alle stesse condizioni del contratto principale. Oltre tale limite l'IMPRESA ha facoltà di risolvere il contratto

6. REVISIONE PREZZI Ex ART. 106, comma 1, lett A)

La revisione periodica del prezzo, a decorrere dal secondo anno di esecuzione, è riferita all'Indice Nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati. La compagnia dovrà chiedere per iscritto la revisione e questa dovrà essere autorizzata dal RUP

7. DURATA:

La polizza (contratto) ha durata di 48 mesi, dalle ore 24.00 del 31/12/2022 alle ore 24.00 del 31/12/2026, con facoltà di disdetta riconosciuta alle parti a partire dalle ore 24.00 del termine del secondo anno e al termine del terzo anno a condizione che la disdetta venga comunicata a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o pec, con un preavviso di 180 giorni rispetto alla scadenza annuale.

8. SUBAPPALTO:

Il concorrente potrà subappaltare le prestazioni contrattuali dietro autorizzazione dell'INFN, e in conformità all'art. 105 del d.lgs. 50/2016 e s.m.i., solo se lo avrà dichiarato in sede di offerta.

In ragione delle specifiche caratteristiche dell'appalto, nel rispetto dell'art 105 co. 2, terzo periodo, le attività di Valutazione e Assunzione del Rischio devono rimanere in capo esclusivamente all'aggiudicatario mentre, se ritenuto necessario, le attività connesse al Network e alla gestione operativa dei sinistri si possono sub-appaltare.

9. DIVIETO CESSIONE CONTRATTO:

E' fatto divieto all'Impresa di cedere, a qualsiasi titolo, il contratto, a pena di nullità della cessione medesima.

10. OBBLIGHI DELL'APPALTATORE:

L'Impresa si impegna ad ottemperare a tutti gli obblighi derivanti da disposizioni legislative e regolamentari vigenti in materia di retribuzione, previdenza e assistenza.

L'Impresa si obbliga, inoltre, all'osservanza delle norme in materia di sicurezza sul lavoro, ai sensi del d.lgs. n. 81/2008 e s.m.i. L'Impresa si obbliga, per quanto compatibile, a far osservare ai propri dipendenti e Collaboratori il Codice di comportamento in materia di anticorruzione del personale INFN, pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale INFN. Nelle ipotesi di grave violazione delle disposizioni ivi contenute, l'INFN si riserva la facoltà di risolvere il contratto.

L'Impresa si obbliga al rispetto delle disposizioni di cui all'art. 53, comma 16-ter del d.lgs. n. 165/2001 e s.m.i. in materia di conferimento di incarichi o contratti di lavoro ad ex dipendenti INFN, pena l'obbligo di restituzione dei compensi illegittimamente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento.

11. VERIFICA DI CONFORMITA'

La verifica della conformità delle prestazioni eseguite a quelle pattuite sarà effettuata in ossequio a quanto previsto dall'art. 102, comma 6, del D.lgs. n. 50/2016 e s.m.i. in corso d'opera con cadenza ANNUALE. Il Certificato di verifica di conformità Complessivo dell'intera durata contrattuale sarà emesso entro 60 gg dalla data di ultimazione delle prestazioni oggetto del contratto.

12. PAGAMENTI PREMI E REGOLAZIONE PREMI:

Ricevuta la richiesta di pagamento del premio (contributo alla cassa) da intendersi equivalente allo Stato di Avanzamento (SA) il RUP Certifica il Pagamento da effettuarsi entro 30 gg previa notifica della bontà del servizio svolto da parte del DEC, mediante bonifico su conto corrente dedicato del quale l'Impresa si obbliga a garantire la tracciabilità ai sensi della L. 136/2010 e s.m.i.

Si rimanda inoltre all'art. 4 del CT dove viene definito che al pagamento del premio (prima rata, regolazione, scadenze successive) effettuato da parte dell'INFN, in deroga all'Art. 1901 del Codice Civile, è concesso un termine di mora di 60 giorni per il versamento di quanto dovuto.

Il pagamento sarà, inoltre, subordinato alla verifica della regolarità contributiva e fiscale dell'Impresa.

Il pagamento finale (dell'ultimo SA) **cioè relativamente all'ultima regolazione premio**, avverrà a seguito dell'esito positivo della verifica finale di conformità di cui al precedente art. 11, che sarà effettuata entro 60 gg dalla data di ultimazione delle prestazioni oggetto del contratto.

Il pagamento sarà effettuato entro 30 gg dalla data del certificato di verifica di conformità mediante bonifico su conto corrente dedicato del quale l'Impresa si obbliga a garantire la tracciabilità ai sensi della L. 136/2010 e s.m.i.

Il pagamento sarà, inoltre, subordinato alla verifica della regolarità contributiva e fiscale dell'Impresa.

13. RISOLUZIONE PER INADEMPIMENTO E RECESSO:

Nel caso di inadempimento delle obbligazioni contrattuali l'INFN si riserva il diritto di risolvere il contratto ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 c.c., con comunicazione scritta da inviarsi con raccomandata a/r o PEC, con un preavviso di 20 (venti) giorni.

Restano in ogni caso impregiudicati i diritti dell'INFN al risarcimento di eventuali danni all'incameramento della garanzia definitiva.

Si richiamano altresì alle clausole risolutive espresse indicate nell'art 30 del CT;

L'INFN si riserva, inoltre, il diritto di recedere unilateralmente dal contratto in qualsiasi momento, con un preavviso di almeno 20 (venti) giorni da comunicarsi all'Impresa mediante raccomandata a/r o PEC.

La Compagnia, in deroga all'Art. 1898 del Codice Civile, rinuncia alla facoltà di recesso dal contratto prima della sua scadenza.

14. FORO COMPETENTE

a) Per le controversie derivanti dal contratto è competente il Foro di ROMA, rimanendo espressamente esclusa la compromissione in arbitri.

b) Per le controversie riguardanti la polizza, la competenza è del giudice ordinario del foro di residenza dell'assicurato

15. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

I dati personali saranno raccolti e trattati conformemente al regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. esclusivamente ai fini del presente procedimento e secondo quanto indicato nell'informativa disponibile presso la seguente pagina web: <https://dpo.infn.it/>

Titolare del Trattamento: Istituto Nazionale di Fisica Nucleare: e-mail: presidenza@presid.infn.it

Responsabile della Protezione dei Dati: e-mail: dpo@infn.it

16. OPZIONE DI PROROGATECNICA

Ai sensi dell'art. 106, comma 11 del D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., l'INFN si riserva la facoltà di esercitare l'opzione di proroga del contratto, se prevista nel bando e nei documenti di gara, limitatamente al tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione di un nuovo contraente. In tal caso l'IMPRESA è tenuta all'esecuzione delle prestazioni previste nel contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni o più favorevoli per l'INFN.

17. RISERVATEZZA

L'Appaltatore 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 del presente contratto. In particolare si precisa che tutti gli obblighi in materia di riservatezza verranno rispettati anche in caso di cessazione dei rapporti attualmente in essere con l'INFN e comunque per i cinque anni successivi alla cessazione di efficacia del rapporto contrattuale. L'obbligo di cui al precedente comma sussiste, altresì, relativamente a tutto il materiale originario o predisposto in esecuzione del presente contratto. L'obbligo di riservatezza non concerne i dati che siano o divengano di pubblico dominio. L'Appaltatore è responsabile per l'esatta osservanza da parte dei propri dipendenti, consulenti e risorse, nonché dei propri eventuali subappaltatori e dei dipendenti, consulenti e risorse di questi ultimi, degli obblighi di segretezza anzidetti. In caso di inosservanza degli obblighi di riservatezza, l'INFN ha la facoltà di dichiarare risolto di diritto il presente contratto, fermo restando che l'Appaltatore sarà tenuto a risarcire tutti i danni che dovessero derivare all'Ente. L'Appaltatore potrà citare i termini essenziali del presente contratto, nei casi in cui ciò fosse condizione necessaria per la partecipazione dell'Appaltatore stesso a gare e appalti, previa comunicazione dell'INFN.

Il Responsabile Unico del Procedimento

(Dr.ssa Michela Pischedda)



Alla Dott.ssa Michela PISCHEDDA

e, p.c.

Al Dott. Luca DELL'AGNELLO
Al Dott. Renato CARLETTI
Alla Dott.ssa Simona FIORI
Alla Dott.ssa Antonella D'ISIDORO

LORO SEDI

OGGETTO: Conferimento incarico di Responsabile Unico del Procedimento (RUP) per l'affidamento del servizio assicurativo per il rimborso delle spese sanitarie al personale INFN.

Cara Dottoressa Pischedda,

con la presente Le viene conferito l'incarico di Responsabile Unico del Procedimento per l'affidamento del servizio assicurativo per il rimborso delle spese sanitarie al personale INFN.

L'incarico dovrà essere espletato in conformità all'art. 31 del d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i. e alle Linee Guida ANAC in materia, che pongono in capo al RUP lo svolgimento di tutti i compiti relativi alle procedure di programmazione, affidamento ed esecuzione previste dal medesimo decreto. Il RUP è, altresì, delegato ad adottare e sottoscrivere gli atti che si renderanno necessari durante lo svolgimento della procedura di gara.

Il contratto potrà essere utilmente affidato mediante le procedure stabilite dal d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i. Si rinvia alle determinazioni ANAC per quanto concerne la richiesta del Codice Identificativo della Gara (CIG) e l'utilizzo del sistema AVCPass.

In particolare, tenuto conto della tipologia di gara da espletarsi e dell'oggetto della medesima, il RUP è incaricato di redigere la relazione unica sulla procedura di aggiudicazione dell'appalto di cui all'art. 99 e di prevedere le modalità organizzative e gestionali attraverso cui garantire il controllo effettivo sull'esecuzione delle prestazioni, in conformità all'art. 31, comma 12 del d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i.

Si ricorda che la nomina deve essere rifiutata in caso di sussistenza di una situazione di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 42 del d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i. nonché nelle ipotesi previste dal Codice Etico dell'INFN e dagli artt. 7 e 14 del Codice di comportamento in materia di anticorruzione del personale dell'INFN.

Cordiali saluti.

Nando Minnella

SF/AD