

# PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER I DIPENDENTI DI FRIULI VENEZIA GIULIA STRADE SPA

CONTRAENTE

FRIULI VENEZIA GIULIA STRADE S.p.A.  
Scala dei Cappuccini n. 1  
34121 Trieste

## DEFINIZIONI

<b>ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO</b>	Prestazione medica strumentale atta a ricevere e/o definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
<b>ASSICURATO/ASSISTITO</b>	La persona fisica nel cui interesse viene stipulata la copertura sanitaria.
<b>ASSISTENZA DIRETTA</b>	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'assistito può scegliere di ricevere prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso strutture sanitarie convenzionate senza anticipare la spesa ma delegando la Cassa a saldare in sua vece le fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante.
<b>ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b>	L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma.
<b>CONTRATTO DI ASSICURAZIONE/ATTO</b>	Lo Schema di Contratto, per brevità anche solo " <i>Contratto</i> " che ne costituisce parte integrante e sostanziale.
<b>CAPITOLATO TECNICO OPPURE CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO</b>	È la parte del Contratto di assicurazione che descrive e disciplina le modalità di erogazione dei servizi assicurativi.
<b>CASSA</b>	Il soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge, anche ai sensi dell'art. 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
<b>CENTRALE OPERATIVA</b>	La struttura specializzata operante 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che, per conto dell'aggiudicatario, a seguito di contatto telefonico - oppure tramite il sito internet - con l'assicurato provvede ad organizzare " <i>Assistenza Diretta</i> " per le prestazioni coperte dalla polizza.
<b>CIRCUITO SANITARIO CONVENZIONATO</b>	L'insieme delle strutture sanitarie abilitate al ricovero notturno di pazienti e dei centri di analisi e cura presso i quali l'assistito può ottenere " <i>Assistenza Diretta</i> ".
<b>CONTRAENTE/SOCIETA' CONTRAENTE</b>	Friuli Venezia Giulia Strade S.p.A., di seguito anche " <i>FVGS</i> ".
<b>DAY HOSPITAL</b>	La degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno con apertura di cartella clinica.
<b>EVENTO/SINISTRO</b>	La causa che determina la richiesta di rimborso. Le richieste di rimborso delle spese per prestazioni effettuate anche in tempi diversi, sono considerate un unico evento, se determinate da un'unica causa. L'onere della prova è a carico dell'Assicurato.
<b>FRANCHIGIE E SCOPERTI</b>	L'importo di spesa rimborsabile, espresso in cifra fissa (" <i>franchigia</i> ") o in percentuale sulla spesa rimborsabile (" <i>scoperto</i> "), che rimane a carico dell'Assicurato.
<b>INDENNITA' SOSTITUTIVA</b>	Importo giornaliero erogato dalla Cassa in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di <i>pre</i> e di <i>post</i> ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di polizza.
<b>INDENNIZZO</b>	La somma dovuta dalla Cassa in caso di sinistro/evento.
<b>INFORTUNIO</b>	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.
	Atto medico, praticato in istituto di cura o anche in ambulatorio (" <i>intervento chirurgico ambulatoriale</i> ") perseguibile attraverso

<b>INTERVENTO CHIRURGICO</b>	una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica, eseguito a fini terapeutici.
<b>ISTITUTO DI CURA</b>	L'ospedale pubblico, la clinica universitaria e la casa di cura, sia accreditata dal Servizio Sanitario Nazionale che privata, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture che hanno finalità dietologiche ed estetiche, le case di convalescenza e di riposo.
<b>MALATTIA ED INFORTUNIO</b>	È considerata malattia ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. Anche se impropriamente, nelle malattie si considerano incluse: gravidanza, parto, puerperio e aborto terapeutico. Sono incluse anche le menomazioni fisiche che possono essere compensate con l'uso di protesi anatomiche, purché insorte successivamente alla data d'iscrizione in garanzia di ciascun Assicurato. Inoltre, s'intendono incluse le malattie che siano in corso al momento dell'iscrizione al programma sanitario o che sono espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di iscrizione. La copertura degli eventi anzidetti cessa, se non diversamente previsto in polizza, al termine della iscrizione anche se gli eventi stessi continuano il loro decorso. È considerato infortunio ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.
<b>MASSIMALE PER NUCLEO FAMILIARE</b>	La disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per tutti i componenti il medesimo nucleo familiare che fa capo all'Assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo.
<b>PERSONE ASSICURATE/ASSISTITI/BENEFICIARI</b>	Le persone fisiche iscritte al Piano Sanitario.
<b>PIANO SANITARIO</b>	La copertura sanitaria oggetto del presente Contratto.
<b>PREMIO/CONTRIBUTO</b>	La somma dovuta alla Cassa conformemente alle previsioni della polizza dal Contraente per la copertura dei rischi assicurati in favore degli iscritti e dall'Assicurato per i componenti del proprio nucleo familiare.
<b>RICOVERO OSPEDALIERO</b>	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
<b>STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA</b>	Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico o altro tipo di struttura, con il quale la Cassa ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

**Sommario**

Articolo 1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	5
1.1. Oggetto dell'assicurazione/assistenza.....	5
1.2. Durata.....	6
1.3. Assicurazioni presso diversi assicuratori.....	6
1.4. Forma delle comunicazioni tra il Contraente e la Cassa.....	6
1.5. Rinvio alle norme di legge.....	6
Articolo 2. CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONE.....	6
2.1. Cassa di assistenza.....	6
Articolo 3. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE DEL PIANO SANITARIO.....	7
3.1. Soggetti per cui è operante l'assistenza sanitaria.....	7
3.2. Decorrenza, inserimento in copertura e durata delle garanzie in relazione al singolo assistito e regolazione del premio.....	7
3.3. Premio/contributo.....	8
3.4. Modalità di esecuzione del servizio.....	9
3.5. Prestazioni assicurate.....	10
Articolo 4. LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DI GARANZIA.....	19
4.1. Persone non assicurabili.....	19
4.2. Esclusioni dalla garanzia.....	19
Articolo 5. SINISTRI.....	20
5.1. Assistenza diretta.....	20
5.2. Assistenza indiretta a rimborso.....	22
5.3. Gestione dei documenti di spesa.....	22
Articolo 6. ALTRE DISPOSIZIONI.....	22
6.1. Estensione territoriale.....	22
6.2. Prescrizione.....	22
6.3. Modifica delle Condizioni di Assicurazione.....	22
6.4. Controversie.....	23

## CAPITOLATO TECNICO

### Articolo 1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

#### 1.1. Oggetto dell'assicurazione/assistenza

Le garanzie previste dal presente Piano Sanitario comprendono le spese mediche per malattia, infortunio e parto sostenute durante l'operatività della copertura.

L'assicurazione/assistenza è operante per le spese riguardanti:

#### *SEZIONE A) Area ricovero*

- A1) Ricovero o Day Hospital con intervento chirurgico, intervento ambulatoriale effettuato in istituto di cura o in ambulatorio
- A2) Parto cesareo o naturale ed aborto terapeutico
- A3) Neonati
- A4) Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico
- A5) Franchigie e scoperti

#### *SEZIONE B) Prestazioni ambulatoriali e domiciliari*

- B1) Spese per accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione
- B2) Spese per visite specialistiche, diagnostica ordinaria, cure domiciliari ed ambulatoriali
- B3) Cure dentarie da infortunio
- B4) Cure dentarie e prevenzione odontoiatrica
- B5) Trattamenti fisioterapici riabilitativi da infortunio o malattia
- B6) Cure oncologiche
- B7) Visite omeopatiche

#### *SEZIONE C) Altre spese mediche*

- C1) Spese per lenti
- C2) Spese per Protesi Anatomiche, Apparecchi Acustici
- C3) Rimborso Ticket SSN

#### *SEZIONE D) Indennità sostitutiva*

#### *SEZIONE E) Prevenzione (garanzia operante per il solo dipendente)*

#### *SEZIONE F) Servizi e consulenze*

#### *SEZIONE H) Pacchetto Maternità*

## 1.2. Durata

Il Piano sanitario di cui al presente Contratto è di 36 (trentasei) mesi, naturali e consecutivi con facoltà di rinnovo per ulteriori 12 (dodici) mesi ferma restando la facoltà di Friuli Venezia Giulia Strade S.p.A. di recedere dal Contratto stesso dandone comunicazione con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni prima di ogni scadenza annuale. Troverà applicazione l'art. 109 del D.lgs. n. 50/2016 s.m.i.

Sarà prevista altresì l'opzione di proroga, che la stazione appaltante potrà esercitare per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure di affidamento avviate per l'individuazione di un nuovo contraente, secondo quanto stabilito dall'art. 106 del D.lgs. n. 50 del 2016 s.m.i. Per il periodo di rinnovo la Cassa, riconoscerà i massimali annui di ogni singola garanzia prevista dal presente contratto, corrispondendo il premio pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura che verrà corrisposto entro 60 giorni dalla data di decorrenza del periodo di rinnovo.

## 1.3. Assicurazioni presso diversi assicuratori

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Cassa eventuali altre polizze da lui stipulate per i medesimi rischi. Tale esonero si estende agli Assistiti.

## 1.4. Forma delle comunicazioni tra il Contraente e la Cassa

Tutte le comunicazioni da inviare alla Cassa, alle quali il contraente è tenuto, devono avere forma scritta e devono essere inoltrate con lettera raccomandata e/o fax e/o per e-mail tramite posta elettronica certificata (PEC).

Tutte le comunicazioni da inviare alla Cassa, alle quali gli assistiti sono tenuti, devono avere forma scritta e devono essere inoltrate con lettera raccomandata e/o fax e/o per e-mail.

Tutte le comunicazioni dalla Cassa nei confronti della contraente devono avere forma scritta e devono essere inoltrate con lettera raccomandata e/o fax e/o e/o per e-mail tramite posta elettronica certificata (PEC) e, in ogni caso, inviate in copia conforme alla Cassa.

Tutte le comunicazioni dalla Cassa nei confronti degli assistiti devono avere forma scritta e devono essere inoltrate con lettera raccomandata e/o fax e/o e/o per e-mail e, in ogni caso, inviate in copia conforme alla Cassa.

## 1.5. Rinvio alle norme di legge

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

## Articolo 2. CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONE

### 2.1. Cassa di assistenza

La Cassa di Assistenza (di seguito per brevità "*Cassa*"), sulla base della normativa attualmente vigente e di quella che dovesse successivamente intervenire nel corso del Contratto, ha finalità assistenziale ed è abilitata a norma di legge, anche ai sensi dell'art. 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i proprio contributi in riferimento alle attività e prestazioni oggetto di contratto e ad assumere la contraenza del programma Rimborso Spese Mediche, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

La Cassa garantisce per tutta la durata del contratto e delle relative prestazioni - assumendo ora per allora ogni e qualsiasi responsabilità a riguardo - la propria rispondenza ai fini ed agli scopi sopra indicati, nonché la propria operatività.

La Cassa non avrà, né per FVGS né per gli Assistiti, alcun costo ulteriore rispetto ai contributi versati per la copertura del rischio. Pertanto, non potrà essere avanzata dalla Cassa nei confronti di FVGS alcuna richiesta di pagamento di ulteriori importi - qualunque sia il titolo sul quale si fondi la relativa pretesa - rispetto a quelli versati da FVGS a titolo di contributi per la copertura del rischio, nella misura risultante dall'offerta presentata dalla Cassa in sede di gara.

## Articolo 3. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE DEL PIANO SANITARIO

### 3.1. Soggetti per cui è operante l'assistenza sanitaria

Devono accedere alle coperture previste dal presente Piano Sanitario i dipendenti di Friuli Venezia Giulia Strade S.p.A., come previsto dal CCNL ANAS stipulato il 19.12.2016.

Al 30.06.2018 il numero dei dipendenti ammonta a n.166 unità.

Si precisa che, tenuto conto di possibili riorganizzazioni societarie, nel corso del periodo di riferimento del presente appalto il numero dei dipendenti di FVGS potrebbe raggiungere n. 250 unità, con una flessibilità in eccesso stimata del 20% (venti per cento).

**In aggiunta ai soggetti sopra indicati, la copertura può essere estesa con versamento autonomo del contributo/premio a carico del dipendente:**

- ai componenti del nucleo familiare risultanti dallo stato di famiglia ed in specie:
  - ✓ coniugi (o conviventi "*more uxorio*"), anche se per motivi di lavoro non siano conviventi;
  - ✓ figli conviventi;
  - ✓ figli non conviventi purché fiscalmente a carico del dipendente o del convivente *more uxorio*;
  - ✓ figli non conviventi anche non risultanti dallo stato di famiglia purché fiscalmente a carico del dipendente o del convivente *more uxorio*;
  - ✓ figli invalidi al lavoro proficuo.

Per "*Figli*" si intendono: figli adottivi, legittimi, legittimati, in affidamento pre-adoptivo, naturali riconosciuti legalmente e/o giudizialmente.

Rientrano altresì nella nozione di "*Figli a carico*" anche i figli non produttori di reddito anche se non conviventi.

- al personale posto in quiescenza nel corso della durata del piano sanitario fino alla prima scadenza annuale.

FVGS, fermo quanto previsto dall'articolo 4.1, potrà chiedere una quotazione opzionale per l'estensione del piano sanitario ai dipendenti quiescenti ed ai relativi nuclei familiari. Il contributo sarà in tal caso a totale carico dell'assistito.

### 3.2. Decorrenza, inserimento in copertura e durata delle garanzie in relazione al singolo assistito e regolazione del premio

Per il primo anno assicurativo, entro il 15° (quindicesimo) giorno dall'effetto del contratto, FVGS comunicherà alla Cassa l'elenco dei nominativi degli Assistiti (così come definiti all'articolo 3.1 che precede), su un supporto informatico impostato secondo termini che verranno concordati con la Cassa. Per l'annualità successive verranno utilizzati gli elenchi esistenti al 31 dicembre secondo le modalità di inserimento di seguito precisate.

Per la prima annualità la copertura per i dipendenti in forma rimborsuale è immediata dalla data di effetto del piano sanitario mentre per la forma diretta presso le strutture convenzionale della Cassa sarà attiva dal trentesimo giorno successivo alla decorrenza del piano sanitario per consentire la corretta registrazione degli aventi diritto nel sistema informatico.

Per la copertura sanitaria dei familiari, come sopra indicati, relativamente alla prima annualità FVGS trasmetterà entro 30 (trenta) giorni dalla decorrenza del piano sanitario l'elenco di adesioni comunicate dai singoli dipendenti aderenti.

Per l'annualità successive verranno utilizzati gli elenchi esistenti al 31 dicembre secondo le modalità di inserimento di seguito precisate salvo eventuale disdette e/o inclusioni presentate dai dipendenti stessi, come di seguito precisato.

Per la prima annualità la copertura in forma rimborsuale è immediata dalla data di effetto del piano sanitario mentre per la forma diretta presso le strutture convenzionale della Cassa sarà attiva dal 45° (quarantacinquesimo) giorno successivo alla decorrenza del piano sanitario per consentire la corretta registrazione degli aventi diritto nel sistema informatico.

### 3.3. Premio/contributo

L'importo lordo presunto triennale del contratto, relativo ai soli dipendenti, è stimato pari ad € 298.800,00 (duecentonovantottomilaottocento/00), che sarà soggetto a regolazione annua.

Il Premio/contributo annuo per il complesso delle prestazioni suindicate, omnicomprensivo di tutti gli oneri fiscali e quota associativa ai Fondi Sanitari Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, Enti, Casse o Società di Mutuo Soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, viene così stabilito:

- a) dipendente: importo oggetto di indicazione nell'offerta economica (base di gara € 600,00)
- b) nucleo familiare con inserimento 1 componente familiare: importo oggetto di indicazione nell'offerta economica (base di gara € 250,00).
- c) nucleo familiare con inserimento di 2 o più componenti familiari: importo oggetto di indicazione nell'offerta economica (base di gara € 480,00).

Entro il 31 marzo di ciascun anno assicurativo FVGS verserà alla Cassa di Assistenza le somme interamente dovute a titolo di contributi, in funzione degli elenchi dei dipendenti Assistiti trasmessi.

La Cassa, al momento della ricezione del premio, emetterà il Certificato applicativo senza soluzione di continuità assicurativa.

Entro il 31 marzo di ciascun anno assicurativo i singoli dipendenti che hanno dato comunicazione di messa in copertura dei propri familiari verseranno direttamente alla Cassa di Assistenza le somme interamente dovute a titolo di contributi che emetterà apposito certificato assicurativo ferma la garanzia senza soluzione di continuità dal 01 gennaio del anno di riferimento.

Per le successive movimentazioni (inclusioni/esclusioni) si procederà come segue:

- adesione di nuovi dipendenti o esclusione di dipendenti: le inclusioni in copertura di neoassunti o di nuovi Assistiti, o l'esclusione di dipendenti per cessazione del rapporto di lavoro e/o il decesso

di dipendenti verranno comunicate da FVGS alla Cassa entro 30 (trenta) giorni dalla data di assunzione o dell'evento.

La decorrenza della copertura con riferimento ai singoli Assistiti è dalla data in cui si verifica l'evento costitutivo del diritto all'assistenza, mentre la regolazione del premio verrà calcolata una sola volta entro 30 (trenta) giorni dal termine di ciascun anno assicurativo.

La Cassa - in base alle comunicazioni ricevute nel corso dell'intero anno assicurativo - provvederà all'emissione dell'appendice di regolazione, computando:

- l'intero premio annuo per le inclusioni/esclusioni avvenute nel primo semestre dell'anno assicurativo;
- il 50% (cinquanta per cento) del premio annuo per le inclusioni/esclusioni avvenute nel secondo semestre dell'anno assicurativo.

Il versamento del premio a conguaglio deve essere eseguito entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione dell'appendice.

- Adesione di nuovi familiari verranno comunicate da FVGS alla Cassa entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della richiesta del dipendente. La decorrenza della copertura con riferimento ai singoli Assistiti è dalla data in cui si verifica l'evento costitutivo del diritto all'assistenza, mentre la regolazione del premio verrà calcolata una sola volta entro 30 (trenta) giorni dal termine di ciascun anno assicurativo computando:
- l'intero premio annuo per le inclusioni/esclusioni avvenute nel primo semestre dell'anno assicurativo;
  - il 50% (cinquanta per cento) del premio annuo per le inclusioni/esclusioni avvenute nel secondo semestre dell'anno assicurativo.

### 3.4. Modalità di esecuzione del servizio

L'assistenza sanitaria sarà operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche;
- senza limitazioni territoriali;
- durante il permanere del lavoro con FVG Strade S.p.A. fino alla prima scadenza annuale dell'assistenza in caso di cessazione del rapporto di lavoro.

È fatto salvo quanto previsto per i dipendenti quiescenti e relativi nuclei familiari qualora sia attivata la garanzia opzionale specifica.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato/Assistito può rivolgersi con le modalità riportate alla voce "SINISTRI" sotto riportata a:

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

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie/prestazioni.

### 3.5. Prestazioni assicurate

Agli assistiti vengono riconosciute le spese mediche sostenute a seguito di malattia o infortunio nei termini di seguito indicati.

È sempre facoltà e libera scelta dell'assistito ottenere le prestazioni mediche coperte da polizza secondo le modalità dell'assistenza diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista.

Per ciascuna tipologia di evento che possa dare luogo a spese rimborsabili sono riportate le garanzie previste e valide per tutti gli iscritti, i massimali di copertura, come pure i sottomassimali per specifiche categorie di eventi, gli scoperti e le franchigie applicabili differenziate anche secondo le modalità di assistenza scelte (assistenza diretta in circuito sanitario convenzionato oppure rimborso).

## SEZIONE A) Area ricovero

### A1) Ricovero o Day Hospital con intervento chirurgico, intervento ambulatoriale effettuato in istituto di cura o in ambulatorio

Nel caso di intervento chirurgico a seguito di infortunio e malattia, effettuato in regime di ricovero anche diurno (Day Surgery) oppure ambulatorialmente, sia in strutture Convenzionate che non convenzionate, vengono riconosciute all'assistito – fino ad un limite annuo e per nucleo di € 250.000,00 - le seguenti spese:

1. visite specialistiche, esami, medicinali ed accertamenti diagnostici, compresi i relativi onorari medici, effettuati nei 100 (cento) giorni precedenti il ricovero, anche al di fuori della rete convenzionata;
2. spese di trasporto in ambulanza, con unità coronarica mobile o con aereo sanitario, all'istituto di cura o ambulatorio scelto dall'assistito; tale garanzia viene prestata con un limite di € 1.500,00 (cinquemila/00) per evento ed include sia il trasporto al centro di primo soccorso sia l'eventuale successivo trasferimento, a discrezione dell'assistito, ad una struttura italiana od estera considerata dall'assistito stesso più comoda o adatta alla cura della specifica patologia;
3. spese per le rette di degenza, l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, accertamenti diagnostici, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per medicinali e per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero; in aggiunta alla normale assistenza infermieristica che la struttura sanitaria garantisce a tutti i ricoverati, la polizza copre l'assistito per le eventuali spese per assistenza infermieristica personale;
4. spese per gli onorari di tutti i componenti l'equipe chirurgica – quali determinati dal primo operatore in base alla buona prassi medica - e del personale di sala operatoria; per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
5. spese per esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche anche a domicilio, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (inclusi apparecchi per agevolare la deambulazione, quali stampelle e carrozzelle ortopediche), cure dentarie e ortodontiche e relative protesi necessarie a seguito di infortunio, cure termali (escluse spese alberghiere), effettuate nei 100 (cento) giorni successivi al ricovero purché attinenti la patologia che ha determinato il ricovero;

6. in caso di trapianto di organi (o parte di essi) da vivente sono altresì riconosciute tutte le spese di ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza; sono pure incluse le spese per il trasporto dell'organo;
7. spese per vitto e pernottamento in istituto di cura di un accompagnatore dell'infermo fino alla concorrenza di € 100,00 (cento/00) giornaliera per un massimo di 45 (quarantacinque) giorni per evento (tale previsione vale anche per le spese sostenute all'estero). Spese di trasporto dell'accompagnatore, nel caso di ricovero all'estero, vengono rimborsate nel limite annuo di €2.000,00 (duemila/00) per nucleo familiare.

In caso di decesso conseguente a ricovero, vengono rimborsate le spese per il trasporto (ovvero rimpatrio se avvenuto all'estero) della salma con un massimo di € 2.500,00 (duemilacinquecento/00) per evento.

## A2) Parto cesareo o naturale e aborto terapeutico

In caso di "*parto cesareo*" ed "*aborto terapeutico*" la Cassa rimborsa le spese del ricovero di cui al punto A1) con il limite massimo di € 6.000,00 (seimila/00) per evento sia in strutture convenzionate che non convenzionate. Tale limite di rimborso non è però operante qualora il parto cesareo sia reso necessario dallo stato di pericolo dichiarato dalla struttura sanitaria per la madre o il nascituro.

In caso di "*parto naturale*", la Cassa rimborsa le spese di cui al punto A1) con il limite massimo di € 3.000,00 (tremila/00) per evento.

Queste limitazioni non riguardano né le prestazioni sanitarie erogate alla madre per curare malattie da gravidanza e puerperio né gli interventi e terapie mediche – anche precedenti al parto - effettuati sul nascituro per correggere difetti o malformazioni né le spese di trasporto sanitario.

## A3) Neonati

La copertura sanitaria si intende automaticamente estesa ai neonati dal momento della loro nascita per le identiche garanzie previste per l'assistito, purché venga inserito in copertura entro 30 (trenta) giorni dalla nascita mediante comunicazione alla Cassa e versamento del relativo premio.

Sono comprese in garanzia gli interventi e cure per la correzione di malformazioni e difetti fisici sia in strutture convenzionate che non convenzionate eseguiti nei primi 180 (centottanta) giorni di vita del neonato. Il massimale annuo in tal caso è di € 5.500,00 (cinquemilacinquecento/00).

## A4) Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico

Nel caso di ricovero senza intervento a seguito di infortunio e malattia, anche se effettuato in regime di ricovero diurno (Day Hospital), vengono riconosciute all'assistito – fino ad un limite annuo e per nucleo di € 250.000,00 (duecentocinquantamila/00) – le seguenti spese:

- visite specialistiche, esami, medicinali ed accertamenti diagnostici, compresi i relativi onorari medici, effettuati nei 100 (cento) giorni precedenti il ricovero;

- spese di trasporto, con unità coronarica mobile o con aereo sanitario, all'istituto di cura o ambulatorio scelto dall'assistito; tale garanzia viene prestata con un limite di € 1.500,00 (millecinquecento/00) per evento ed include sia il trasporto al centro di primo soccorso sia l'eventuale successivo trasferimento, a discrezione dell'assistito, ad una struttura italiana o estera considerata dall'assistito stesso più comoda o adatta alla cura della specifica patologia;
- spese per le rette di degenza, l'assistenza medica ed infermieristica, per le cure, accertamenti diagnostici, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per medicinali e per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero; in aggiunta alla normale assistenza infermieristica che la struttura sanitaria garantisce a tutti i ricoverati, la polizza copre l'assistito per le eventuali spese per assistenza infermieristica personale.
- spese per vitto e pernottamento in istituto di cura di un accompagnatore dell'infermo fino alla concorrenza di € 100,00 (cento/00) giornaliera per un massimo di 45 (quarantacinque) giorni per evento (tale previsione vale anche per le spese sostenute all'estero). Nel caso di ricovero all'estero vengono rimborsate le spese per il trasporto dell'accompagnatore nell'ambito di un sottomassimale annuo di € 5.000,00 (cinquemila/00) per nucleo familiare.
- spese per esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche anche a domicilio, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (inclusi apparecchi per agevolare la deambulazione) effettuati nei 100 (cento) giorni successivi al ricovero purché direttamente conseguenti all'evento che ha causato il ricovero stesso.
- in caso di decesso conseguente a ricovero, vengono rimborsate le spese per il trasporto (ovvero rimpatrio se avvenuto all'estero) della salma con un massimo di € 1.500,00 (millecinquecento/00).
- spese di trasporto dell'accompagnatore, nel caso di ricovero all'estero, vengono rimborsate nel limite annuo di € 2.000,00 (duemila/00) per nucleo familiare.

Nel caso la patologia diagnosticata non sia trattabile tramite intervento chirurgico ma comporti il rischio di morte o di processi degenerativi gravemente o totalmente invalidanti, la copertura viene ampliata come segue:

- A. il rimborso di tutte le cure, inclusi gli eventuali medicinali, non è soggetto al limite dei 100 (cento) giorni precedenti e successivi il ricovero;
- B. sono ricompresi in garanzia – purché prescritti da un medico abilitato all'esercizio della professione secondo la legislazione del paese dove l'assistito è in cura – tutti i trattamenti, i medicinali ed i mezzi di cura forniti dalla ricerca scientifica purché contemplati da protocolli di cura anche sperimentali.

## A5) Franchigie e scoperti

Nel caso di prestazioni effettuate nei Centri convenzionati e con equipe medico/chirurgiche convenzionate viene riconosciuto il 100% (cento per cento) della spesa.

Qualora l'assistito si rivolga ad un Centro convenzionato ma si avvalga di equipe medico/chirurgiche non convenzionate verrà comunque attivata l'assistenza diretta con riconoscimento del 100% (cento per cento) delle spese afferenti la parte convenzionata e saranno sottoposte a franchigia e/o scoperto le

spese afferenti le prestazioni non convenzionate, fermi restando, comunque, i massimali contrattualmente previsti sia per l'assistenza diretta che per l'assistenza indiretta.

Nel caso invece di prestazioni effettuate fuori rete convenzionata i rimborsi sono soggetti a:

- per ricoveri – con o senza intervento – scoperto del 20% (venti per cento) con minimo di € 500,00 (cinquecento/00) salvo diversamente disposto dalle condizioni applicabili;
- per le prestazioni in Day Hospital o Day Surgery o intervento Ambulatoriale: scoperto del 15% (quindici per cento) con un massimo a carico dell'assistito di € 200,00 (duecento/00).

Tali importi resteranno a carico dell'assicurato ed opereranno per ogni singolo evento.

In caso di ricovero in strutture del servizio sanitario nazionale o da esso accreditate con costo completo carico del SSN, verrà attivata la garanzia "indennità sostitutiva".

Per i dipendenti pensionati (incluso il nucleo familiare fiscalmente a carico), le franchigie e gli scoperti applicati saranno i seguenti:

- Scoperto del 15% (quindici per cento) con un minimo pari ad € 750,00 (settecentocinquanta/00) nel caso di prestazioni effettuate in centri convenzionati;
- Scoperto del 15% (quindici per cento) con un minimo pari ad € 1.500,00 (millecinquecento/00) nel caso di prestazioni effettuate fuori dai centri convenzionati.

Resta fermo quanto previsto all'art. 1.3 del presente Contratto.

## SEZIONE B) Prestazioni ambulatoriali e domiciliari

### B1) Spese per accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione

Sono rimborsate, anche se indipendenti da ricovero, le spese per le seguenti prestazioni:

AGOASPIRATO, AGOPUNTURA, AMNIOCENTESI, ANGIOGRAFIA, ARTERIOGRAFIA, ARTROGRAFIA, BRONCOGRAFIA, BRONCOSCOPIA, CHEMIOTERAPIA, CISTERNOGRAFIA, CISTOGRAFIA CISTOURETROGRAFIA, CLISMA OPACO, COBALTOTERAPIA, COLANGIOGRAFIA, COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA, COLANGIOGRAFIA TRANS KEHR, COLESCITOGRAFIA, COLONSCOPIA, COLPOSCOPIA, DACRIOCISTOGRAFIA, DEFECOGRAFIA, DIALISI, DIAGNOSTICA RADIOLOGICA, DISCOGRAFIA, DNA FETALE, DOPPLER, DUODENOSCOPIA, ECOCARDIOGRAFIA, ECOCARDIOGRAMMA, ECODOPPLER, ECOGRAFIA, ELASTOGRAFIA EPATICA (FIBROSCAN), ELETTROCARDIOGRAFIA, ELETTROCARDIOGRAMMA, ELETTROENCEFALOGRAFIA, ELETTROENCEFALOGRAMMA, ELETTROMIOGRAFIA, ENDOSCOPIA, ESOFAGOSCOPIA, FISTOLOGRAFIA, FLEBOGRAFIA, FLUORANGIOGRAFIA, GALATTOGRAFIA, GASTROSCOPIA, HOLTER, ISTEROSALPINGOGRAFIA, LASERTERAPIA, LINFOGRAFIA, MAMMOGRAFIA, MIELOGRAFIA, M.O.C., OSTEOPATIA, PAP TEST, PERCCOLONSCOPIA, P.E.T., PNEUMOENCEFALOGRAFIA, PRELIEVO DEI VILLI CORIALI, RADIONEFROGAMMA, RADIO TERAPIA, RETINOGRAFIA, RETTOSCOPIA, RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE, RX ESOFAGO, RX TUBO DIGERENTE, RX STOMACO E DUODENDO CON MEZZO DI CONTRASTO, RX TENUE E COLON CON MEZZO DI CONTRASTO, SCIALOGRAFIA, SCINTIGRAFIA, SPELNOPORTOGRAFIA, SPIROMETRIA, T.A.C., TECARTERAPIA, TELECUORE, TERAPIA INTERFONICA, TOMOGRAFIA TORACE, TOMOGRAFIA IN GENERE, TOMOGRAFIA LOGIE RENALI, TOMOXEROGRAFIO, UROFLUSSOMETRIA, UROGRAFIA, VESCICULODEFERENTOGRAFIA, VIDEOANGIOGRAFIA, WIRSUNGRAFIA, XEROGRAFIA.

In aggiunta alle prestazioni sopra specificatamente elencate, questa garanzia è fin d'ora operante, in relazione alle patologie di tipo oncologico, per qualunque trattamento e terapia, compresi quelli futuri ed innovativi, purché prescritti da un medico abilitato all'esercizio della professione secondo la legislazione del paese dove l'assistito è in cura e contemplati da protocolli di cura anche sperimentali.

La garanzia di cui al presente titolo si intende prestata con il massimale di € 23.000,00 (ventitremila/00), inteso quale disponibilità unica per anno assicurativo e per ogni nucleo familiare, con i seguenti scoperti e franchigie:

- pagamento riconosciuto al 100% (cento per cento) se prestazione effettuata nei Centri convenzionati;
- scoperto del 20% (venti per cento) con minimo di € 55,00 (cinquantacinque/00) se prestazione effettuata fuori rete.

Lo scoperto non si applica per chemioterapia, radioterapia (compreso cobaltoterapia) e dialisi.

Lo scoperto o minimo indennizzabile vengono applicate una sola volta per tutti gli accertamenti e terapie effettuate in conseguenza alla medesima patologia o infortunio purché la documentazione venga inoltrata in un'unica soluzione.

Nel caso in cui l'assicurato si avvalga del SSN la Cassa rimborserà integralmente i ticket sanitari.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione medica.

## B2) Spese per visite specialistiche, diagnostica ordinaria, cure domiciliari ed ambulatoriali

Sono rimborsate le spese:

1. per accertamenti diagnostici prescritti dal medico curante o specialista (compresi gli onorari dei medici);
2. per visite e prestazioni specialistiche ambulatoriali e/o domiciliari, (compresi gli onorari dei medici).
3. per trattamenti fisioterapici e riabilitativi (incluse spese per il noleggio di apparecchiature sanitarie per trattamenti fisioterapici a domicilio).

I documenti di spesa (ricevute e fatture) devono riportare l'indicazione della specializzazione del medico che dovrà essere coerente con la patologia denunciata per la quale si chiede il rimborso.

La garanzia di cui al presente titolo si intende prestata con il massimale di € 23.000,00 (ventitremila/00), inteso quale disponibilità unica per anno assicurativo e per ogni nucleo familiare, con i seguenti scoperti e le franchigie:

- pagamento riconosciuto al 100% (cento per cento) se prestazione effettuata nei Centri convenzionati;
- scoperto del 20% (venti per cento) con minimo di € 55,00 (cinquantacinque/00) se prestazione effettuata fuori rete.

Lo scoperto o minimo indennizzabile vengono applicate una sola volta per tutti gli accertamenti e terapie effettuate in conseguenza alla medesima patologia o infortunio purché la documentazione venga inoltrata in un'unica soluzione.

Nel caso in cui l'assicurato si avvalga del SSN la Cassa rimborserà integralmente i ticket sanitari.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione medica.

### B3) Cure dentarie da infortunio

Sono rimborsate nel limite del massimale di € 3.000,00 (tremila/00) – inteso quale disponibilità unica per anno assicurativo e per ogni nucleo familiare – le cure dentarie e ortodontiche e relative protesi rese necessarie a seguito di infortunio, anche qualora l'infortunio non abbia causato il ricovero. Il rimborso è soggetto ad uno scoperto del 20% (venti per cento) con un minimo a carico dell'assistito di € 150,00 (centocinquanta/00).

### B4) Cure dentarie e prevenzione odontoiatrica

Sono rimborsate le spese per:

1. cure dentarie conservative;
2. estrazioni ed otturazioni;
3. prestazioni stomatologiche ed odontoiatriche, incluse protesi ed ortodontiche

I rimborsi sono soggetti al massimale di € 500,00 (cinquecento/00) - quale disponibilità unica per anno assicurativo e per ogni nucleo familiare- e con i seguenti scoperti e le franchigie:

- scoperto del 20% (venti per cento) se prestazione effettuata nei Centri convenzionati;
- scoperto del 40% (quaranta per cento) se prestazione effettuata fuori rete.

È inoltre previsto il riconoscimento, una volta all'anno per nucleo, di una seduta di igiene orale e visita di prima valutazione effettuata in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla centrale operativa, previa prenotazione.

### B5) Trattamenti fisioterapici riabilitativi da infortunio o malattia

Sono considerate in garanzia le spese per il trattamento fisioterapico a seguito di infortunio o malattia, sempreché siano prescritti dal medico di base o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

È prevista l'agopuntura effettuata a fini antalgici. Sono compresi in copertura trattamenti abilitativi o riabilitativi previsti per disturbi evolutivi.

Il massimale è di € 650,00 (seicentocinquanta/00) per dipendente/nucleo familiare.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Cassa, le spese erogate vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture senza applicazione di alcun scoperto/franchigia.

Nel caso di strutture non convenzionate le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto massimo del 20% (venti per cento) con un minimo non indennizzabile di € 75,00 (settantacinque/00) per terapie dovute alla medesima patologia.

Nel caso di rimborso integrale da parte del Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurato/assistito.

## B6) Cure oncologiche

La Cassa provvede al pagamento delle spese per visite, accertamenti diagnostici e terapie oncologiche, anche farmacologiche relative a malattie oncologiche e non effettuate in regime di ricovero o day hospital.

Il massimale di garanzia verrà utilizzato in primo luogo ovvero in caso di esaurimento dello stesso, verrà utilizzato il massimale della garanzia di "sezione B prestazioni ambulatoriali e domiciliari".

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Cassa, le spese erogate vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture senza applicazione di alcun scoperto/franchigia.

Nel caso di strutture non convenzionate le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto massimo del 20% (venti per cento) con un minimo non indennizzabile di € 500,00 (cinquecento/00) per terapie dovute alla medesima patologia.

Nel caso di rimborso integrale da parte del Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurato/assistito.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni è di € 10.000,00 (diecimila/00) per nucleo familiare.

## B7) Visite omeopatiche

Sono comprese in garanzia le visite omeopatiche purché effettuate da medico omeopata.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% (venti per cento) con il minimo non indennizzabile di € 55,00 (cinquantacinque/00) per ogni visita effettuata.

Le modalità di utilizzo sono le medesime delle visite specialistiche.

# SEZIONE C) Altre spese mediche

## C1) Spese per lenti

Sono rimborsate le spese per l'acquisto delle lenti, lenti a contatto, montature con il massimale di € 100,00 (cento/00 inteso quale disponibilità unica per anno assicurativo e per ogni nucleo familiare e con franchigia di € 50,00 (cinquanta/00). Le fatture d'acquisto delle lenti devono essere accompagnate da prescrizione del medico oculista, dell'ottico optometrista e dell'ortottico, attestante la variazione del "visus".

## C2) - Spese per protesi anatomiche, apparecchi acustici

Sono rimborsate le spese per l'acquisto/riparazione/sostituzione di ausili sanitari prescritti da un medico (quali ad esempio protesi anatomiche, stampelle, corsetti gessati ed apparecchi acustici) con il massimale di € 2.500,00 (duemilacinquecento/00) per nucleo familiare e per anno assicurativo e con scoperto del 20% (venti per cento) con minimo di € 50,00 (cinquanta/00).

### C3) - Rimborso Ticket SSN

Il massimale relativo ai Ticket del SSN per analisi di laboratorio è di €1.500,00. Le spese saranno rimborsate con l'applicazione di una franchigia di €20,00 per l'insieme dei Tickets per analisi di laboratorio, i cui documenti di spesa vengono inviati in un'unica soluzione. Viceversa, tale limite verrà applicato nuovamente per ogni invio di documentazione.

Sono, altresì, ricomprese anche le prove allergiche.

## SEZIONE D) Indennità sostitutiva

Se l'assicurato non richiede alcun rimborso alla Cassa, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 75,00, per ogni giorno di ricovero, intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento, per un periodo non superiore a 180 giorni all'anno per ogni nucleo familiare Assicurato/Assistito.

## SEZIONE E) Prevenzione (garanzia operante per il solo dipendente)

La Cassa provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione sottoelencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con la Cassa, previa prenotazione.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Le prestazioni in questione riguardano:

- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione
- Glicemia
- Azotemia (ure)
- Colesterolo totale e colesterolo HDL
- Trigliceridi
- Gamma GT
- Aspartatoaminostranferasi (GOT)
- Alaninaminotransferasi ALT)
- Amilasi
- Bilirubina Totale e frazionata
- Elettroforesi delle proteine
- Creatinemia
- Pcr
- Ricerca del sangue occulto fecale
- Sideremia
- Elettrocardiogramma
- Omocisteina
- Ferritina
- Ecografia mammaria

- Videodermatoscopia
- ✳ Ed inoltre per le donne:
  - Visita specialistica ginecologica
  - PAP test
  - Mammografia
  - Visita specialistica cardiologia
  - TSH, FT3, FT4
- ✳ Per gli uomini
  - - visita specialistica urologica
  - PSA totale e PSA free
  - Visita specialistica cardiologica

Qualora non vi sia la possibilità per il dipendente di usufruire del pacchetto prevenzione perché nella provincia di residenza non sono presenti strutture convenzionate con la Cassa o queste ultime non fossero nella possibilità di erogare le prestazioni previste il dipendente potrà effettuare il check-up in una struttura non convenzionata. In questo caso presentando la fattura con il dettaglio delle prestazioni effettuate, otterrà il rimborso integrale della spesa sostenuta.

## SEZIONE F) Servizi e consulenze

1. Informazioni sanitarie telefoniche: La Cassa è obbligata, per tutta l'intera durata del Contratto ad avere una centrale operativa raggiungibile nell'intero arco della giornata, ivi compresi i giorni festivi, attraverso un numero verde nazionale (gratuito) o un altro numero di rete fissa dedicato per chiamate dall'estero, di facile accesso e con un numero adeguato di risorse dedicate, che renda minimo il tempo di attesa delle chiamate al fine di erogare un servizio di informazioni sanitarie in merito alle strutture sanitarie pubbliche e private (es. ubicazione e specializzazioni; indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria, Centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero; Farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni).
2. Prenotazioni di prestazioni sanitarie: l'Infocenter fornirà agli assicurati un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano in forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Cassa.
3. Pareri medici: qualora in caso di infortunio o malattia l'assicurato necessiti di consulenza telefonica da parte di un medico, l'Infocenter fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti. Tale servizio viene fornito in lingua italiana e inglese e sia in Italia che all'estero.
4. Contatto telefonico di primo soccorso: la Cassa mette a disposizione dell'assicurato un servizio di Assistenza attivo 24 su 24 tutti i giorni per organizzare un consulto medico in caso d'urgenza conseguente a infortunio o malattia.
5. Servizio web/sito internet: la Cassa è obbligata ad avere un apposito servizio web/sito internet, di facile accesso da parte dei soggetti per cui è operante l'assistenza sanitaria di cui al precedente punto 3.1, attraverso il quale sia possibile:
  - scaricare le condizioni generali della Polizza;

- scaricare l'elenco aggiornato dei centri convenzionati
  - scaricare la modulistica necessaria per attivare le richieste di erogazione delle prestazioni sanitarie
  - inoltrare le suddette richieste di erogazione in modalità on-line
  - richiedere chiarimenti ed informazioni tramite una mail dedicata
  - verificare lo status dell'iter dei sinistri inviati
  - scaricare un riepilogo delle richieste di rimborso attivate
  - verificare e/o aggiornare i propri dati anagrafici
6. Servizio invio via sms/e-mail: la Cassa mette a disposizione dell'assicurato un servizio di invio di sms e/o e-mail per conferma di data, ora degli appuntamenti, indicazione degli importi dei sinistri rimborsati.

## SEZIONE H) Pacchetto Maternità

La Cassa dovrà rimborsare le spese per esami ecografici e analisi di laboratorio rese necessarie da gravidanza con un minimo pari a € 1.000,00 (mille/00). Il rimborso avverrà solo in caso di utilizzo di strutture sanitarie e personale sanitario convenzionato con la Cassa. Le spese per le prestazioni erogate all'assicurato/assistito vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso si strutture non convenzionate le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto massimo del 20% (venti per cento) con un minimo non indennizzabile di € 75,00 (settantacinque/00) per evento.

### Articolo 4. LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DI GARANZIA

#### 4.1. Persone non assicurabili

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ad anni 75(settantacinque).

Non rientrano in copertura le persone affette da alcoolismo e tossicomania. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza l'assicurazione cessa dopo il primo evento.

#### 4.2. Esclusioni dalla garanzia

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

1. intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo che non si tratti di somministrazione terapeutica non conseguente ad assunzione volontaria), allucinogeni e simili;
2. gli infortuni sofferti in caso di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
3. prestazioni aventi finalità estetiche, cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni non congenite preesistenti alla data di inclusione in garanzia di ciascun assicurato. Restano però compresi in copertura le seguenti due tipologie di ricoveri ricostruttivi:

- a) i ricoveri ospedalieri per interventi chirurgici stomatologici e di chirurgia plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio verificatosi successivamente alla data di inclusione in garanzia di ciascun assicurato;
  - b) i ricoveri ospedalieri per ricostruzioni chirurgiche a seguito di interventi asportativi (direttamente riconducibili alla patologia) verificatisi successivamente alla data di inclusione in garanzia di ciascun assicurato;
4. malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e depressive, nonché quelle riferibili ad “esaurimento nervoso”, psicoterapia e psicoanalisi salvo la prima visita specialistica atta ad accertare la presenza dell'eventuale patologia.
  5. agopuntura non effettuata da medico;
  6. fecondazione artificiale.

## Articolo 5. SINISTRI

L'assicurato può – a sua scelta – avvalersi della procedura di assistenza diretta presso strutture e/o medici convenzionati oppure anticipare in proprio le spese e richiederne successivamente il rimborso (assistenza indiretta).

### 5.1. Assistenza diretta

Il riconoscimento delle spese mediche coperte dalla garanzia può avvenire, a scelta dell'assistito, nella forma dell'assistenza diretta. Il servizio di pagamento diretto può essere richiesto:

- A. in caso di ricovero (con o senza pernottamento, incluso quindi Day Hospital e Day Surgery)
- B. in caso di interventi ambulatoriali
- C. per accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione
- D. per visite specialistiche ed altri accertamenti diagnostici

Il servizio di pagamento diretto può essere richiesto, inoltre, per qualsiasi prestazione prevista dal piano sanitario.

Il servizio di pagamento diretto viene attivato con le modalità di seguito riportate.

#### *Il primo contatto telefonico con la Centrale operativa*

Per accedere al servizio di pagamento diretto mediante le strutture sanitarie convenzionate occorre che l'Assicurato telefoni preventivamente alla Centrale operativa al numero verde gratuito messo a disposizione ovvero ad altro numero di rete fissa, anche in caso di chiamata dall'estero: ordinariamente, la telefonata di richiesta del servizio deve avvenire almeno 2 (due) giorni prima rispetto alla data della prestazione/ricovero previsti; la Centrale operativa deve essere comunque a disposizione per intervenire, quando è possibile, anche in situazioni impreviste di urgenza.

Nel corso del primo contatto, l'Assicurato deve indicare gli estremi della polizza, la Struttura sanitaria convenzionata prescelta e l'equipe medica della quale intende avvalersi (la Centrale operativa è così messa in condizione di verificare se l'equipe medica sia convenzionata, avuto riguardo all'esistenza o meno di un convenzionamento con il primo operatore o con il medico titolare del ricovero). L'Assicurato deve inoltre fornire i recapiti telefonici per essere successivamente ricontattato.

La scelta della Struttura sanitaria e del medico spetta sempre all'Assicurato.

La Centrale operativa è peraltro a disposizione per fornire informazioni sulla rete di strutture sanitarie e di Medici convenzionati.

### *La successiva trasmissione della certificazione medica alla Centrale operativa e l'eventuale colloquio telefonico con il medico della Centrale operativa stessa*

Successivamente alla telefonata di primo contatto – e comunque almeno 2 (due) giorni prima del ricovero - l'Assicurato deve trasmettere (anche via fax/mail) alla Centrale operativa la certificazione medica attestante la diagnosi e la tipologia di prestazione sanitaria richiesta.

Quando occorra, l'Assicurato verrà contattato da un medico della Centrale Operativa per l'acquisizione di ulteriori informazioni.

### *La risposta della Centrale operativa*

Dopo aver verificato, sulla base di quanto emerso a seguito del primo contatto telefonico, della certificazione medica e dell'eventuale colloquio con il medico, che la garanzia assicurativa è, nella fattispecie, operante, la Centrale operativa conferma telefonicamente all'Assicurato l'accesso al servizio di pagamento diretto alla Struttura sanitaria e alla equipe medica convenzionate, evidenziando contestualmente eventuali delimitazioni di garanzia previste dal contratto, quali franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di massimale.

Se la Centrale operativa ritiene, per quanto valutato in base alle informazioni ricevute, di escludere, nella fattispecie, l'operatività della garanzia, ovvero di non poter formulare un giudizio in merito, ne dà notizia all'Assicurato, chiarendo i motivi alla base di tale decisione.

Successivamente, l'Assicurato potrà comunque inviare la certificazione delle spese sostenute alla Cassa, unitamente alla relativa documentazione medica, per richiedere l'indennizzo tramite rimborso delle spese. La Cassa provvederà a un'ulteriore valutazione del caso sulla base della documentazione complessivamente acquisita e a corrispondere l'indennizzo, se dovuto.

### *L'accesso alla struttura convenzionata: la sottoscrizione dell'Assicurato del modulo di autorizzazione al pagamento diretto e della dichiarazione alla Cassa*

Per usufruire del servizio di pagamento diretto, l'Assicurato, all'atto dell'accesso alla Struttura sanitaria convenzionata, deve controfirmare il documento di autorizzazione, inviato dalla Centrale operativa alla Struttura sanitaria, ove sono specificate le spese direttamente liquidabili dalla Cassa e quelle non indennizzabili.

### *Restituzione delle somme indebitamente pagate*

Nel caso in cui, nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano la inoperatività e/o inefficacia dell'assicurazione, le stesse saranno comunicate all'Assicurato, che dovrà restituire alla Cassa, entro e non oltre 45 (quarantacinque) giorni dalla comunicazione, tutte le somme dalla stessa indebitamente liquidate all'Istituto di cura. In caso di mancata restituzione alla Cassa delle sopra indicate somme nel termine previsto di 45 (quarantacinque) giorni, la stessa si riserva il diritto di agire giudizialmente nei confronti dell'Assicurato per ottenere la restituzione delle somme indebitamente liquidate all'Istituto di cura in forza dell'impegno assunto con la stessa al momento del ricovero.

## 5.2. Assistenza indiretta a rimborso

In caso di prestazioni sanitarie erogate da strutture e medici non convenzionati – e per le quali quindi l'assistito abbia dovuto anticipare in proprio la spesa – l'assistito deve inoltrare la denuncia di sinistro alla Cassa al termine del ciclo di cure con le quali l'evento stesso è stato trattato non appena disponibile idonea documentazione medica. Tale termine decorre dalla conclusione del ciclo di cure con le quali l'evento stesso è stato trattato.

La denuncia – redatta utilizzando l'apposito modulo - deve essere corredata dalla necessaria certificazione medica che contenga la diagnosi o il sospetto diagnostico, nonché delle fotocopie delle fatture, notule, giustificativi e documenti di spesa fiscalmente validi attestanti le spese sostenute. Qualora entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione, la Cassa non abbia provveduto a respingere il sinistro oppure a richiedere legittimamente - e secondo i principi di buona fede e correttezza – ulteriore documentazione, entro i successivi 15 (quindici) giorni provvederà ad effettuare il rimborso. In caso di richiesta di documentazione integrativa da parte della Cassa, il termine per il pagamento dianzi indicato 15 (quindici) giorni decorrerà dalla ricezione da parte di quest'ultima della documentazione integrativa richiesta.

In ogni caso l'Assistito deve consentire alla Cassa di svolgere le indagini e gli accertamenti necessari per la liquidazione del sinistro, producendo copia della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine, ove necessario, sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

I rimborsi vengono effettuati in Italia ed in Euro; per le spese sostenute fuori dall'Unione Europea – o comunque non sostenute in Euro - i rimborsi - fermi termine e penalità sopra stabiliti – verranno eseguiti in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

I sinistri rimborsuali, una volta presentata tutta la documentazione necessaria, devono essere liquidati dalla Cassa entro il termine massimo di 60 (sessanta) giorni.

## 5.3. Gestione dei documenti di spesa

La documentazione di spesa viene trasmessa alla Cassa via posta (in copia fotostatica) mediante lettera Raccomandata con A/R ovvero mediante inserimento nel gestionale via web messo a disposizione dalla Cassa.

## Articolo 6. ALTRE DISPOSIZIONI

### 6.1. Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

### 6.2. Prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 del c.c., i termini di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

### 6.3. Modifica delle Condizioni di Assicurazione

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza devono essere provate per iscritto.

#### 6.4. Controversie

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Medico composto da tre medici. I membri del Collegio Medico verranno nominati uno per parte e un terzo di comune accordo e 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 d'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo della residenza dell'Assicurato/Assistito. Ciascuno delle parti sostiene alle proprie spese e remunera il medico da essa designato contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del Collegio sono assunte a maggioranza di voti. Rimane ferma la facoltà delle parti di adire l'autorità giudiziaria competente. Per qualsiasi controversia più merito alla validità efficacia e interpretazione del presente contratto sarà competente esclusiva il foro di Trieste.