



Capitolato tecnico dell'assicurazione

RIMBORSO SPESE MEDICHE

CIG [A02AA5EC42]

Decorrenza ore 24.00 del 31.12.2023

Scadenza ore 24.00 del 31.12.2025

SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 41:

SEZIONE I

- Glossario da pag. 1 a pag. 7
-

- **Capitolo 1** - Condizioni assicurative - da pag. 8 a pag. 11
-

SEZIONE II

- **Capitolo 1** - Prestazioni assicurate - da pag. 12 a pag. 25
-

- **Capitolo 2** - Esclusioni e Delimitazioni - da pag. 26 a pag. 27
-

- **Capitolo 3** - Liquidazione dell'indennizzo - da pag. 27 a pag. 35
-

- **Capitolo 4** – Disposizione varie - da pag. 36 a pag. 37

SEZIONE III

- **Allegato 1** - Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie pag. 38
 - **Allegato 2** - Scheda di polizza – pag. 41
-

Per rendere più chiare le Condizioni di assicurazione sono stati utilizzati questi strumenti:

Grassetto: parole e concetti di particolare rilievo

SEZIONE I

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante delle Condizioni di assicurazione. I seguenti termini ed espressioni sono usati secondo queste definizioni.

Aborto terapeutico: Interruzione volontaria della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.

Aborto spontaneo: Interruzione della gravidanza indipendente dalla volontà della madre per cause genetiche, cromosomiche, immunologiche, traumatiche, anomalie uterine, cause materne generali quali a titolo esemplificativo ma non esaustivo patologie, diabete, ipertensione.

Anagrafica: file digitale contenente il censimento dei soggetti Assicurati.

Assicurato: chi è protetto dall'assicurazione, i lavoratori con qualifica di dirigenti, quadri e impiegati di EPPI - Ente di Previdenza dei Periti Industriali e Periti Industriali Laureati relativo nucleo familiare.

Tutti gli Assicurati devono avere il domicilio in Italia e il codice fiscale

Assicurazione: contratto con la quale la Società copre l'Assicurato per i danni subiti a causa di un sinistro, nei limiti stabiliti nelle CDA.

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato attiva la centrale operativa accede quindi alle prestazioni sanitarie del Network.

La Società paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme ulteriori, rispetto a quelle autorizzate dalla Centrale Operativa, da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

Assistenza infermieristica: assistenza offerta da personale fornito di specifico diploma.

Broker: intermediario di assicurazione iscritto alla Sez. B del Registro Unico Intermediari (RUI).

Carenza: periodo compreso tra la stipula del contratto assicurativo e l'attivazione delle coperture.

Cartella clinica: documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

CDA: Condizioni di assicurazione.

Centro medico: struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.

Certificato di assicurazione: documento che contiene gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, premio, dati dell'Associato, soggetti assicurati, ecc).

Chirurgia bariatrica: ("chirurgia dell'obesità"): interventi chirurgici per ridurre l'assunzione di cibo diminuendo la capacità gastrica (interventi "restrittivi") o la capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi "malassorbitivi").

Compagnia: la Società

Contraente: EPPI - Ente di Previdenza dei Periti industriali e Periti Industriali Laureati, Via G. B. Morgagni n. 30, 00100 ROMA (RM), p.iva 97144300585, che stipula l'Assicurazione nell'interesse altrui e che è responsabile del versamento del premio.

Day Hospital: Degenza in Istituto o casa di cura autorizzati a erogare prestazioni sanitarie in regime esclusivamente diurno, con compilazione di cartella clinica. Sono esclusi i ricoveri effettuati per visite diagnostiche o di controllo o per motivi terapeutici tranne che questi non siano inerenti a un ricovero o a un intervento indennizzabile a termini di polizza. Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Day Surgery: La degenza, senza pernottamento, in istituto di cura e comportante intervento chirurgico terapeutico.

Difetto fisico: la mancanza o l'imperfezione non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della polizza.

Evento e data evento:

- **Prestazioni ospedaliere:** singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie), comprensivo delle prestazioni ad esso correlate (pre e post).
Data evento: data del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio.
- **Prestazioni extraospedaliere:** accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente.
Data evento: data della prima prestazione sanitaria per lo specifico evento.
- **Prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica.
Data evento: data della singola prestazione fisioterapica per lo specifico evento.
- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica.
Data evento: data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.
- **Cure Oncologiche:** ogni singola prestazione oncologica.

Data evento: data della singola prestazione oncologica per lo specifico evento.

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

Indennità sostitutiva: Importo forfettario giornaliero che la Compagnia eroga nel caso di ricovero dell'Assicurato in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni ricevute in quanto a totale carico del SSN.

Indennizzo: la somma che la compagnia deve in caso di sinistro, coperto dalle presenti CDA.

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento ambulatoriale: Intervento chirurgico effettuato nello studio professionale idoneo per legge e regolarmente autorizzato all'esercizio della professione medica individuale.

Intervento chirurgico: atto medico, con una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato con la cruentazione dei tessuti oppure utilizzando sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendenti di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di cura: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

Lungodegenza: ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Malattia: ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia oncologica: ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna invasiva, incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkins, il cancro in situ (tumore che non ha ancora invaso i tessuti dell'organo colpito); sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase Metastatica e le recidive; sono esclusi basaliomi e spinaliomi.

Malattia Mentale: le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS1).

Malformazione: ogni alterazione fisica o psichica sviluppatasi durante la vita intrauterina.

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Medicina Alternativa o Complementare: pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

Network: rete convenzionata di Provider, costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet o nell'App mobile del Provider.

Nucleo familiare: il titolare, il coniuge o convivente more uxorio, i figli, fiscalmente a carico, anche se momentaneamente non conviventi con l'Assicurato per motivi di studio risultanti dallo stato di famiglia o residenza.

Si intendono compresi i figli naturali legalmente riconosciuti; i figli nati dal precedente matrimonio del coniuge, i minori legalmente affidati o adottati purché fiscalmente a carico anche se non presenti nello stesso stato di famiglia.

Optometrista: professionista laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi o soggettivi strumentali lo stato refrattivo degli occhi, per determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica.

Polizza: contratto di assicurazione.

Premio: la somma che il Contraente deve alla Compagnia.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Questionario sanitario: Il documento che descrive la storia clinica e lo stato di salute dell'Assicurato, sulla base delle risposte dallo stesso fornite, debitamente sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la potestà e che costituisce parte integrante della polizza, nei casi in cui ne è richiesta la compilazione.

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti della Compagnia o di un intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Regime misto: prestazioni mediche eseguite presso strutture convenzionate con il Network ma da professionisti non convenzionati.

Regime rimborsuale: regime per cui la compagnia rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti nelle CDA.

Ricovero: degenza ininterrotta, comportante pernottamento, in Istituto di cura pubblico o privato.

Ricovero improprio: la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Rimborso: la somma che la Compagnia deve in caso di sinistro coperto dalle presenti CDA, a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dalla polizza.

Scoperto: percentuale delle spese a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

Sinistro: evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Sport professionistico / Gare professionistiche: attività sportiva retribuita, continuativa o prevalente rispetto ad altre attività professionali.

Tecniche di comunicazione a distanza: tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea di personale della Compagnia e del Contraente/Assicurato (es. email).

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita specialistica: visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale.

CAPITOLO 1 CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 1. Cosa si assicura

La Compagnia copre le spese sostenute dall'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

Massimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

Art.2.Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione.

L'Assicurato, i suoi familiari e i suoi aventi diritto consentono sempre alla Compagnia di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

L'Assicurato deve comunicare alla Compagnia ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

Art. 3. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Compagnia l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'assicurato deve darne avviso in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 4. Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica

4.1 Decorrenza

L'assicurazione dura 2 anni e ha effetto:

- dalle ore 24:00 del giorno 31.12.2023 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati
- altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento se effettuato dopo 60 giorni.

Termina alle ore 24:00 del 31.12.2025.

Il contratto cessa irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo.

Il contraente si riserva la facoltà di rinnovare il contratto, alle medesime condizioni, per una durata pari ad anni uno, e potrà esercitare tale facoltà comunicandola alla Compagnia mediante posta elettronica certificata almeno tre mesi prima della scadenza del contratto originario.

4.2 Premio

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

Pur annuo e indivisibile, è frazionato in modo annuale e deve essere pagato in anticipo, come riportato sul certificato di polizza.

È versato dal Contraente alla Compagnia con bonifico bancario, direttamente o tramite l'intermediario al quale è assegnata la polizza.

Il premio annuo versato per gli Assicurati che non inseriscono in copertura il nucleo familiare è di euro.

Il premio annuo versato per l'Assicurato e il relativo nucleo familiare è pari a euro.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione è sospesa dalle ore 24:00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento.

Le successive scadenze devono comunque essere rispettate.

Scaduti i termini, con raccomandata la Compagnia può sciogliere il contratto e ha comunque diritto a esigere i premi scaduti.

Il termine temporale concesso per i pagamenti dei premi di prima rata e delle rate successive deve intendersi operante anche relativamente alle appendici di variazione emesse a titolo oneroso, fermo quanto diversamente normato dalla clausola di regolazione del premio, ove prevista.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive ed inoltre qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Compagnia dà atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 Gennaio 2008 n°40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Inoltre, il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901

c.c. nei confronti della Compagnia stessa.

4.3 Anagrafica

Le anagrafiche devono pervenire alla Compagnia tramite tracciato informatico concordato.

Anagrafica **definitiva**: entro la fine del mese di decorrenza della copertura assicurativa. In mancanza, la Compagnia non potrà prendere in carico richieste di sinistro.

Art. 5. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

5.1 Variazione delle persone assicurate – decorrenza delle garanzie

Fermo restando l'avvenuto pagamento del premio di polizza, l'assicurazione ha effetto:

- dall'origine della polizza, per le persone indicate nominativamente negli elenchi che il Contraente consegna alla Compagnia, alla stipula della presente polizza;
- dalle ore 24:00 del giorno di inserimento in polizza, per i nuovi Assicurati inclusi in corso del periodo di copertura. La garanzia decorrerà dalla data di certificazione della variazione sempreché questa venga comunicata entro il 30° giorno del mese successivo alla variazione; in caso contrario decorrerà dal giorno di comunicazione alla Compagnia.

Per gli Assicurati inclusi in copertura nel corso del periodo di assicurazione nel primo semestre si applicherà il premio al 100%.

Per gli Assicurati inclusi in copertura nel corso del periodo di assicurazione nel secondo semestre si applicherà il premio al 60%.

L'inclusione dei familiari è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di

famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite.

I neonati sono assicurati dal momento della nascita per le identiche garanzie e per le medesime somme previste per la madre, con decorrenza immediata, sempreché vengano inclusi in garanzia entro 30 giorni dalla nascita mediante comunicazione alla Compagnia. In tal caso, per i neonati sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e di difetti fisici.

Il Contraente si impegna a comunicare alla Compagnia, entro la data di scadenza annuale di ogni anno, l'elenco degli Assicurati da considerare in copertura per l'annualità successiva versando il relativo premio

5.2 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno

Per gli assicurati esclusi nel corso del periodo di assicurazione non verrà rimborsato alcun premio e la copertura dovrà intendersi operante sino alla scadenza annua in corso.

5.3 Regolazione premio

Il premio viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo.

Il premio stabilito viene versato dal Contraente in via anticipata per tutti i nominativi inizialmente comunicati ed è dovuto per intero anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Entro 30 giorni dal termine di ciascun anno assicurativo, la Compagnia, in base alle comunicazioni di variazioni ricevute in corso d'anno, emetterà appendice di regolazione premio.

Le differenze attive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate dalla Contraente nei trenta giorni successivi all'emissione della relativa appendice.

La Compagnia ha il diritto di effettuare verifiche e controlli circa le suddette variazioni per le quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie, dietro richiesta delle persone incaricate dalla Società di eseguire gli accertamenti.

Qualora per inesatte o incomplete dichiarazioni del Contraente il premio risultasse calcolato su basi minori di quelle effettive, il Contraente sarà tenuto a versare la differenza dovuta entro 60 giorni dalla comunicazione della Compagnia.

5.4 Categorie assicurate

- lavoratori con qualifica di dirigente, quadro e impiegato di EPPI - Ente previdenza Periti Industriali e Periti Industriali Laureati
- relativi familiari come identificati nella definizione di Nucleo familiare non rientranti tra le categorie di cui all'art. 18 "Persone non assicurabili".

Devono aderire tutte le persone assicurabili appartenenti alla stessa categoria di lavoratori.

Art. 6. Estensione Territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo; i danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro. Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Art. 7. Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata o mail e possono essere indirizzate sia all'Intermediario che gestisce la polizza sia alla Compagnia.

Art. 8. Validità delle comunicazioni

Si dà atto che ogni comunicazione fatta alla Contraente o all'Intermediario s'intenderà come fatta alla Compagnia medesima, facendo fede per la copertura la data risultante da un documento ufficiale, come pure ogni comunicazione fatta dall'Intermediario alla Società, nel nome e per conto del Contraente, s'intenderà fatta dal Contraente stesso.

Art. 9. Modifica alle condizioni di assicurazione

Le eventuali modifiche del contratto di assicurazione devono essere documentate e provate per iscritto.

Art. 10. Assicurazione per conto altrui

Questa assicurazione stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi della polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

Art. 11. Regime fiscale

Tassa sui premi: 2,50%

Tassa sugli indennizzi: non prevista.

Gli oneri fiscali dell'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento è anticipato dalla Compagnia.

Art. 12. Foro Competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto ovvero quello del luogo ove ha sede la residenza dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Art. 13. Controversie: mediazione

Per controversie connesse al contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente.

Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Art. 14. Legge applicabile al contratto - Rinvio alle Norme di Legge

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme italiane.

Art. 15. Rinuncia all'azione di rivalsa

Per le prestazioni conseguenti a malattia e/o infortunio, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Compagnia rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del codice civile.

SEZIONE II

CAPITOLO 1 – PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 16. Descrizione delle prestazioni Assicurate

La Compagnia copre le spese sostenute dall'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

Massimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

A)PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1 Prestazioni

1.1 Ricovero con e senza intervento chirurgico

a)Pre-ricovero: esami, accertamenti diagnostici e visite mediche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b)Intervento Chirurgico, grandi interventi, eventi morbosi: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c)Assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico - specialistiche, medicinali anche omeopatici, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero. Sono compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento.

d)Rette di degenza: non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e)Accompagnatore: retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o struttura alberghiera. Nel solo caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato, la garanzia è prestata entro il limite di 60,00 euro al giorno per massimo 30 giorni.

f)Post-ricovero: esami e accertamenti diagnostici, medicinali anche omeopatici, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) e l'acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici o sanitari (incluse carrozzelle ortopediche) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Per i medicinali, l'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica e la regolare fattura (o scontrino nominativo) a lui intestata, codice fiscale corrispondente e con la specifica dei prodotti acquistati. Sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

1.2 Correzione chirurgica / laser dei difetti del visus: la Compagnia riconosce le

spese per gli interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser ad eccimeri limitatamente a quelli effettuati superiore a 4 diottrie per ciascun occhio.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione del medico oculista indicante la patologia e lo specchietto oculistico attestante il visus. Limite: 3.000,00 euro a nucleo.

1.3 Trasporto sanitario

La Compagnia rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario, treno e aereo di linea all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione.

1.4 Day Hospital – Day Surgery

Nel caso di Day Surgery, la Compagnia provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 1.1 "Ricovero con e senza intervento chirurgico" e 1.3 "Trasporto sanitario".

Nel caso di ricovero in Day Hospital, la Compagnia provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 1.1 "Ricovero con e senza intervento chirurgico" lettere a) "Pre-ricovero", c) "Assistenza medica, medicinali, cure" e f) "Post-ricovero" e 1.3 "Trasporto sanitario".

1.5 Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di Intervento chirurgico ambulatoriale, la Compagnia provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 1.1 "Ricovero con e senza intervento chirurgico" lettere a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure" e f) "Post-ricovero" e 1.3 "Trasporto sanitario".

1.6 Parto cesareo

In caso di parto cesareo, non programmato, effettuato in struttura sanitaria convenzionata, la Compagnia riconosce le spese per le prestazioni di cui al punto 1.1 "Ricovero con e senza intervento chirurgico" lettere b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", f) "Post-ricovero" e 1.3 "Trasporto sanitario".

In caso di parto cesareo effettuato in Istituto di cura non convenzionato, , la Compagnia riconosce le spese per le prestazioni di cui al punto 1.1 "Ricovero con e senza intervento chirurgico" lettere b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", f) "Post-ricovero" e al punto 1.3 "Trasporto sanitario".

1.7 Parto non cesareo, aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico

In caso di parto non cesareo o aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico, la Compagnia riconosce le spese per le prestazioni di cui al punto 1.1 "Ricovero con e senza intervento chirurgico" lettere b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore".

Con riferimento alle prestazioni "Post-ricovero", vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 1.1 "Ricovero con e senza intervento chirurgico", lettera f) "Post-ricovero".

È inoltre compresa la garanzia prevista al punto 1.3 "Trasporto sanitario".

1.8 Neonati

I neonati sono assicurati dal momento della nascita per le identiche garanzie e per le medesime somme previste per la madre, con decorrenza immediata, sempreché

vengano inclusi in garanzia entro 30 giorni dalla nascita mediante comunicazione alla Compagnia. In tal caso, per i neonati sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e di difetti fisici.

1.9 Trapianti a seguito di malattia o infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di esso, la Compagnia riconosce le spese previste al punto 1.1 "Ricovero con e senza intervento chirurgico" e al punto 1.3 "Trasporto sanitario" nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

La Compagnia rimborsa inoltre le prestazioni sanitarie fuori ricovero rese necessarie da trapianti di organi o parti di essi effettuati nei 180 giorni prima e dopo il ricovero, compresi i trattamenti mirati alla prevenzione del rigetto.

1.10 Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero dell'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, la Compagnia rimborsa agli aventi diritto le spese sostenute per il rimpatrio della salma e le spese funerarie con il limite di 2.500,00 euro, per anno assicurativo e per nucleo familiare.

1.11 Indennità sostitutiva

Se l'Assicurato non chiede alcun rimborso per il ricovero o per altra prestazione sanitaria ad esso connessa, la Compagnia eroga una indennità

- fino a euro 150,00 al giorno in caso di ricovero in Istituto di Cura o Day Hospital
- fino a euro 250,00 al giorno in caso di ricovero per parto.

In caso di pernottamento in pronto soccorso l'indennità non è riconosciuta.

2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Per il complesso delle prestazioni indicate: 500.000,00 euro a nucleo.

Sub-massimali annui a nucleo per

- chirurgia refrattiva: 3.000,00 euro
- trattamenti fisioterapici e rieducativi post ricovero: 3.000,00 euro
- rimpatrio della salma: 2.500,0 euro

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Regime misto
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto o franchigia
- Regime rimborsuale: scoperto del 5% minimo 250,00 euro, in caso di intervento ambulatoriale scoperto 5% minimo 30,00 euro, in caso di parto cesareo programmato, parto non cesareo, aborto spontaneo, terapeutico o post-traumatico scoperto del 30%

- Regime misto: scoperto del 5% minimo 250,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%

3 Prosecuzione delle garanzie oltre la scadenza

Qualora il ricovero abbia inizio entro la data di scadenza del contratto, la garanzia è operante anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione stessa fino a quando l'Assicurato venga dimesso dall'Istituto di cura, comprese le spese di Post-ricovero.

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

1. ESAMI DIAGNOSTICI ED ESAMI INVASIVI

1.1 Alta Diagnostica radiologica

La Compagnia provvede, in caso di malattia o infortunio, al pagamento delle seguenti spese:

- Angiografia
- Artografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Clisma opaco
- Cistouretrografia
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda
- Colangiografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Colangiografia percutanea e trans kehr
- Colecistografia
- Defecografia
- Discografia
- Doppler
- Flebografia
- Fistelografia
- Endoscopia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago, Rx tubo digerente, rx tenue e colon, rx stomaco e duodeno
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia torace, Tomografica in genere
- Tomografia loggerenali, Tomoxerografia
- M.O.C
- Urografia
- Telecuore
- Vesciculodeferentografia
- Amniocentesi e/o Villocentesi e/o traslucenza nucale e/o esami alternativi (G

test, Harmony test ecc.)

1.2 Alta specializzazione e terapie

La Compagnia provvede, in caso di malattia o infortunio, al pagamento delle seguenti spese:

- Dialisi
- Elettromiografia
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Risonanza magnetica nucleare
- Scintigrafia
- Pet
- Radioterapia
- Tomografia assiale computerizzata
- Ecocardiografia
- Chemioterapia

1.3 Esami invasivi

La Compagnia provvede, in caso di malattia o infortunio, al pagamento delle seguenti spese:

- Biopsia testicolare bilaterale Biopsia testicolare monolaterale
- Cardiologia interventistica
- Biopsia endomiocardica destra Biopsia endomiocardica sinistra Studio elettrofisiologico endocavitario
- Chirurgia della mammella
- Posizionamento punto di reperi per noduli non palpabili Chirurgia generale - collo
- Biopsia prescalenica
- Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico Chirurgia generale - Fegato e vie biliari
- Agobiopsia/agoaspirato
- Biopsia epatica (come unico intervento) Chirurgia generale - Pancreas- Milza
- Agobiopsia/agoaspirato pancreas Biopsia (come unico intervento)
- Chirurgia generale - Parete addominale Puntura esplorativa addominale
- Chirurgia generale - Peritoneo
- Laparoscopia esplorativa/ diagnostica Lavaggio peritoneale diagnostico
- Chirurgia generale - Piccoli interventi
- Agoaspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica
- Chirurgia toraco-polmonare
- Agobiopsia pleurica/puntura esplorativa Biopsia laterocervicale
- Biopsia sopraclaveare Lavaggio pleurico Mediastinoscopia diagnostica Puntato sternale o midollare
- Puntura esplorativa del polmone Toracoscopia
- Tracheo-broncoscopia esplorativa Gastroenterologia
- Biopsia digiunale sotto scopia con capsula a suzione
- Esofagogastroduodenoscopia esplorativa e/o diagnostica (comprese biopsie) ed eventuale test rapido H. Pylori
- Pancoloscopia diagnostica con fibre ottiche (comprese biopsie) Rettosigmoidoscopia diagnostica con fibre ottiche (comprese biopsie)
- Ginecologia
- Agobiopsie/agoaspirati parti anatomiche profonde Biopsia della portio, vulva, vagina, endometrio
- Colposcopia
- Isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsie (come unico esame)

- Puntura esplorativa del cavo del Douglas
- V.A.B.R.A. a scopo diagnostico Neurochirurgia
- Puntura epidurale
- Puntura sottoccipitale per prelievo liquorale o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto Rachicentesi per qualsiasi indicazione
- Registrazione continua della pressione intracranica Oculistica
- Orbita Biopsia orbitaria
- Ortopedia e traumatologia - Interventi cruenti Agoaspirato osseo
- Artroscopia diagnostica (come unico intervento) Biopsia articolare
- Biopsia ossea Puntato tibiale o iliaco
- Ortopedia e traumatologia - Tendini-Muscoli -Aponevrosi-Nervi periferici Biopsia muscolare
- Ostetricia
- Amniocentesi Amnioscopia Biopsia villi cariali Cordocentesi Fetoscopia
- Otorinolaringoiatria -Naso e seni paranasali Timpanotomia esplorativa
- Otorinolaringoiatria - Laringe e ipofaringe Biopsia in laringoscopia
- Biopsia in microlaringoscopia Urologia - Endoscopia diagnostica
- Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento) Cistoscopia ed eventuale biopsia
- Cimocistoscopia e cateterismo ureterale bilaterale Cromocistoscopia e cateterismo ureterale monolaterale Cromocistoscopia per valutazione funzionale Ureteroscopia (omnicomprensiva)
- Uretrocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico) Urologia-Prostata
- Agoaspirato/agobiopsia prostate Urologia-Rene
- Agobiopsia renale percutanea

1.4 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 10.000,00 euro a nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto 10% minimo 50,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto 10% minimo 50,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%.**

2 PRESTAZIONI DOMICILIARI E AMBULATORIALI

2.1 Prestazioni

La Compagnia provvede al pagamento delle spese sostenute a seguito di malattia o infortunio per le prestazioni di seguito indicate:

- onorari medici (ad eccezione di spese dentarie in genere)
- accertamenti diagnostici prescritti dal medico curante o dal medico specialista
- cure mediche e trattamenti termali rieducativi o riabilitativi (escluse le spese di natura alberghiera)
- noleggio apparecchiatura per trattamenti fisioterapici
- trattamenti fisioterapici e rieducativi o riabilitativi eseguiti e fatturati da

professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia

- logopedia
- agopuntura e elettroagopuntura (purché praticata da medici iscritti all'albo)
- chiropratica
- osteopatia
- trattamenti psicoterapici
- assistenza infermieristica domiciliare prescritta dal medico curante o dallo specialista
- medicinali (compresi gli omeopatici), prodotti da banco comunque prescritti dal medico curante o dallo specialista. L'Assicurato deve presentare la ricetta medica e la regolare fattura (o scontrino nominativo) a lui intestata codice fiscale corrispondente e con la specifica dei prodotti acquistati. Sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

Rientrano in garanzia le visite pediatriche effettuate per specifiche patologie del bambino, mentre restano escluse quelle effettuate per controlli periodici della crescita. Rientrano in garanzia le visite ginecologiche effettuate durante il periodo di gravidanza per specifiche patologie.

Si precisa che i trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza.

Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica, nonché le prestazioni riabilitative eseguite presso centri dedicati alla medicina estetica, anche se Centri Medici.

Dette prestazioni devono essere effettuate e fatturate dal Medico Specialistica, Centro Medico o Ist. di cura o da fisioterapista.

2.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 3.000,00 euro a nucleo condiviso con il punto 3 "Protesi".

Sub-massimali

Sub-massimali annui per:

- trattamenti fisioterapici, riabilitativi o rieducativi: 500,00 euro
- logopedia: 250,00 euro
- medicinali: 260,00 euro
- assistenza infermieristica domiciliare: 40,00 euro al giorno massimo 30 giorni

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto
- Regime rimborsuale: nessuno scoperto
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

3 PROTESI

3.1 Prestazioni

La Compagnia provvede al pagamento delle spese sostenute a seguito di malattia o infortunio per le prestazioni di seguito indicate:

- spese sostenute per l'acquisto, il noleggio e la riparazione di protesi ortopediche, oculari e apparecchi acustici.

3.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo condiviso con il punto 2 "Cure domiciliari e ambulatoriali".

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto
- Regime rimborsuale: nessuno scoperto
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

4 LENTI E OCCHIALI

4.1. Prestazioni

LA Compagnia rimborsa all'Assicurato, le spese sostenute per le lenti correttive di occhiali o a contatto e montature, in centri convenzionati. La garanzia è prestata nel caso di modifica del visus o di prima prescrizione, purché effettuata da un medico oculista o da un ottico optometrista.

Si intendono comunque escluse le lenti a contatto "usa e getta".

4.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 200,00 euro a nucleo.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto.

5 CURE ONCOLOGICHE

5.1. Prestazioni

In caso di malattia oncologica la Compagnia rimborsa le spese sostenute per visite

specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, cure, terapie (ivi comprese la chemioterapia e la cobaltoterapia) e medicinali prescritti dal medico.

5.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 25.000,00 euro a nucleo.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Sistema Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigia 50,00 euro
- Regime rimborsuale: franchigia 50,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%.**

C) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

1. Cure e protesi dentarie

In caso di malattia, la Compagnia riconosce solo in Assistenza diretta le prestazioni odontoiatriche effettuate per:

- cure varie
- cure ortodontiche e odontoiatriche
- acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche.

In caso di infortunio, la Compagnia Salute riconosce le seguenti prestazioni:

- cure dentarie
- protesi dentarie.

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per:

- cure dentarie da malattia 1.000,00 euro a nucleo
- cure dentarie da infortunio: 3.000,00 euro a nucleo
- protesi dentarie da infortunio: 5.000,00 euro a nucleo con il limite di 800,00 euro per ogni elemento dentario.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto, franchigia 50,00 euro per cure dentarie da infortunio
- Regime rimborsuale: nessuno scoperto
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%.**

D) PREVENZIONE

1 Prestazioni

La Compagnia provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate per tutti gli assicurati:

- esami del sangue con i seguenti accertamenti: ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale colesterolo ADL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protrombina parziale PTT, tempo di protrombina PT, VES ed esame delle Urine.

Inoltre, nel limite del massimale di al punto 2 "Cure domiciliari e ambulatoriali", sono previste le seguenti prestazioni:

- una visita dentistica compresa di seduta di igiene dentale per il titolare della copertura assicurativa

per gli uomini

- visita cardiologica con ECG a riposo e da sforzo
- PSA

per le donne

- Visita ginecologica completa di Pap Test, ecografia mammaria o mammografia, ed ecografia transvaginale.

pacchetto maternità

Rientrano in garanzia anche le seguenti prestazioni In gravidanza:

- Onorari medici
- Esami ed accertamenti diagnostici effettuati durante il periodo di gravidanza.

2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per:

- Esami del sangue e relativi accertamenti: 300,00 euro a nucleo
- Visita dentistica e igiene orale, prevenzione per uomini e per donne: condiviso con il punto 2 "Cure domiciliari e ambulatoriali"
- Pacchetto maternità: 1.000,00 euro a nucleo.

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Nessuno

3 Prevenzione terziaria

La Compagnia riconosce massimo 1 percorso anno per assicurato.

Per accedere alle prestazioni o per ottenere il rimborso delle spese relative alle prestazioni effettuate, l'Assicurato deve presentare la seguente documentazione:

- copia di certificazione medica attestante la patologia
- copia della prescrizione del medico di base o dello specialista che richiede la prestazione
- copia del documento di spesa.

PERCORSO A)

MONITORAGGIO DELL'ASMA E DELLA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA

La presente garanzia è rivolta agli Assicurati che nel periodo di copertura sono stati affetti da fenomeni asmatici di natura cronica o da BPCO.

La Compagnia provvede, al pagamento, senza applicazione di franchigie o scoperti, delle prestazioni sottoelencate 1 volta ogni 2 anni:

- Visita pneumologica di controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti
- Emocromo
- Prelievo di sangue venoso
- Elettrocardiogramma
- Spirometria semplice e globale
- Test di broncodilatazione farmacologica
spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco
- Monitoraggio incruento della saturazione arteriosa/pulsossimetria

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo:

- In caso di Assistenza diretta: illimitato
- In caso di Regime rimborsuale: 120,00 euro a pacchetto.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

Non previsti

PERCORSO B)

RIABILITAZIONE RESPIRATORIA POST COVID-19

La garanzia è rivolta agli Assicurati che nel periodo di copertura sono stati affetti da polmonite interstiziale conseguente a infezione da Covid-19.

La Compagnia provvede al pagamento, senza applicazione di franchigie o scoperti, delle prestazioni sotto elencate con i limiti di erogazione sotto elencati:

- Visita pneumologica 2 volte all'anno (visita di indirizzo +visita di controllo)
- Fisioterapia toracica per massimo 10 sedute all'anno
- Cure termali massimo 10 sedute per inalazioni, aerosol, doccia nasale micronizzata, nebulizzazioni, rino aerosol termico

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo:

- In caso di Assistenza diretta: illimitato
- In caso di Regime rimborsuale: 60,00 euro per visita, 30,00 euro per seduta toracica.

In caso di cure termali il massimale è 90,00 euro per ciclo.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

Non previsti

E) ALTRE GARANZIE**1 Terapie psicologiche****1.1 Prestazioni**

Sono riconosciute le spese sostenute per prestazioni di psicoterapia prescritte da medico ASL o specialista.

1.2 Regimi e condizioni di erogazione**Massimali**

Massimale annuo 500,00 euro a nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto
- Regime rimborsuale: scoperto del 50%

2 Fecondazione eterologa**2.1 Prestazioni**

La Compagnia riconosce le spese necessarie a trattare la fecondazione eterologa in strutture sanitarie nell'Unione Europea. Se il trattamento è effettuato all'estero, sono escluse tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'Assicurato e i costi dell'eventuale accompagnatore.

2.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimale annuo 500,00 euro a persona

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

Non previsti

3 Controllo pediatrico

3.1 Prestazioni

È prevista una visita specialistica pediatrica di controllo a nucleo alle seguenti condizioni ed età:

- 1 visita tra i 6 e i 12 mesi;
- 1 visita ai 4 anni;
- 1 visita ai 6 anni.

3.2 Regimi e condizioni di erogazione Massimali

Massimale annuo illimitato

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Non previsti

4 Disturbi specifici dell'apprendimento

4.1 Prestazioni

Sono riconosciute, per i casi definiti moderati o severi, secondo DSM – 5, le spese sostenute per il trattamento e le cure dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), secondo quanto previsto dal DSM – 5, a condizione che la diagnosi sia certificata da medico specialista in neuropsichiatria infantile del Servizio Sanitario Nazionale.

4.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo 500,00 euro a nucleo per un massimo di 10 prestazioni.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

Non previsti

5 Trisomia 21 – Sindrome di Down (figli di Assicurati)

In caso di diagnosi di Trisomia 21 nei primi 3 anni di vita del neonato, con nascita avvenuta in corso di copertura assicurativa, la garanzia prevede l'erogazione di un'indennità una tantum (una volta sola) pari a 10.000,00 euro a neonato.

La garanzia ha natura meramente indennitaria ed è finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia per le spese relative alle cure, all'assistenza ed alla promozione della salute del bambino affetto da Trisomia 21. L'importo non è assoggettabile ad imposta ai sensi dell'art. 6, comma 2, del TUIR.

6 LTC

La Compagnia, con la presente garanzia, riconosce un'indennità per "Long Term Care" in caso di sopraggiunta non autosufficienza del titolare della copertura o dei rispettivi coniugi che alla data di adesione alla presente copertura assicurativa, non si trovassero già in stato di non autosufficienza.

Criteria per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza (ADL – Activities of Daily Living)

Nel caso si perda la propria autonomia nello svolgere le attività quotidiane, la polizza corrisponde una rendita mensile per un periodo massimo di 3 anni.

La copertura consente di avere tempestivamente una somma di denaro aggiuntiva al proprio reddito/pensione per la copertura delle spese di cura e assistenza e, nel contempo, garantisce la possibilità di convertire in liquidità i propri investimenti nel periodo più opportuno nell'eventualità che le spese debbano essere sostenute per una maggiore durata.

E' ritenuta non autosufficiente la persona alla quale l'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) abbia riconosciuto il diritto a conseguire l'assegno di accompagnamento, o la pensione di inabilità e il cui stato di salute comunque comporti l'impossibilità (completa o parziale) di compiere in autonomia le attività di vita quotidiana di seguito elencate:

- Capacità di farsi il bagno
- Capacità di vestirsi e svestirsi
- Capacità di curare l'igiene del corpo
- Capacità di assicurare la propria mobilità
- Capacità di continenza
- Capacità di bere e mangiare

La misura del grado di non autosufficienza avviene mediante assegnazione a ciascuna delle 6 ADL di un punteggio pari a 0, 5 o 10 punti in base all'intensità della limitazione nello svolgimento dell'attività della vita quotidiana specifica. Qualora la somma dei punteggi realizza almeno la soglia di 40 punti l'assicurato avrà diritto a ricevere una rendita mensile per l'intero periodo di durata dello stato di non autosufficienza e comunque non oltre un periodo massimo di 3 anni.

Indipendentemente dall'impossibilità di compiere le sopraindicate attività di vita quotidiana è ritenuta non autosufficiente la persona ricoverata in lunga degenza in struttura abilitata pubblica o privata ovvero affetta da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, dopo esame dei risultati di test neuropsicologici e certificata da un neuropsichiatra e che necessita in modo costante della continua assistenza e sorveglianza da parte di altra persona o di un ricovero in istituto psichiatrico.

Resta ferma la necessità di essere in possesso del riconoscimento da parte dell'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) dell'assegno di accompagnamento, o della pensione di inabilità.

Denuncia del sinistro

La denuncia del sinistro deve essere corredata da un certificato medico che attesti le cause che hanno determinato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la data della sua sopravvenienza, nonché dal modulo per la valutazione delle ADL e dall'attestato rilasciato dall'Istituto nazionale di Previdenza Sociale (INPS) del riconoscimento dell'assegno di accompagnamento, o della pensione di inabilità.

Massimale

Indennità mensile di 400,00 euro per un periodo massimo predefinito di 3 anni.

CAPITOLO 2 – ESCLUSIONI

Art. 17. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto e di eventuali patologie da esso scaturite;
- 2) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza;
- 3) le prestazioni sanitarie, le prestazioni terapeutiche, le cure relative a psicoterapia, le cure relative a malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, depressione, stati d'ansia, fenomeni comportamentali in genere;
- 4) gli infortuni derivanti da sport aerei o da partecipazione a corse/gare professionistiche, motoristiche, automobilistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
- 5) le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
- 6) la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose;
- 7) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 8) gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- 9) l'aborto volontario;
- 10) le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico; sono compresi gli interventi di chirurgia ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne ed effettuati entro l'anno solare successivo all'intervento chirurgico demolitivo o da infortunio comprovato da referto di pronto soccorso, purché effettuate durante la validità del contratto;
- 11) gli stati patologici correlati all'infezione da HIV – AIDS;
- 12) l'acquisto, la manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto diversamente previsto al punto 3 "Protesi" sezione B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE;
- 13) le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni e integrazioni;
- 14) le malattie, gli infortuni e le loro conseguenze dovuti a: tentato suicidio e autolesionismo, forme maniaco depressive, atti dolosi commessi o tentati;
- 15) da conseguenze dirette o indirette di trasformazione, trasmutazione, assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.;
- 16) gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari (reazioni, contaminazioni, radiazioni, ecc.) operazioni navali, militari, aeronautiche;
- 17) le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'assicurato abbia preso parte volontariamente;
- 18) le conseguenze derivanti da terremoti, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;

- 19)le prestazioni sanitarie e le cure fitoterapiche, idroponiche, dietetiche, i trattamenti terapeutici di agopuntura salvo quanto previsto al punto 2 "Cure domiciliari e ambulatoriali" sezione B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE; le prestazioni termali fatto salvo quanto previsto al punto 1.1 "Ricoveri con e senza intervento chirurgico" sezione A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE;
- 20)gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
- 21)le conseguenze di anoressia e bulimia;
- 22)le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quella infermieristica e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi normati al punto 2 "Cure domiciliari e ambulatoriali";
- 23)le spese sostenute per ricovero presso strutture professionalmente non autorizzate e relativi onorari medici;
- 24)gli infortuni avvenuti durante la guida di veicoli, causati da crisi epilettiche dell'Assicurato;
- 25)gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le terapie mediche e quelle chirurgiche, legati ai disturbi di identità sessuale;
- 26)i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio (ricoveri impropri);
- 27)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;
- 28)trattamenti di medicina alternativa o complementare (salvo quanto previsto alla lettera f) Post ricovero punto 1.1 "Ricovero con e senza intervento chirurgico" sezione PRESTAZIONI OSPEDALIERE e al punto 2 "Cure domiciliari e ambulatoriali";
- 29)cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 30)la correzione di vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia), fatto salvo quanto previsto al punto 1.2 "Correzione chirurgica/laser dei difetti del visus" sezione A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE;
- 31)le prestazioni non corredate dall'indicazione delle diagnosi;
- 32)le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini.

Art. 18. Persone non assicurabili

Le persone che alla decorrenza dell'assicurazione abbiano già compiuto 80 anni. Per gli Assicurati che raggiungono il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga.

CAPITOLO 3 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 19. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

19.1 Oneri

Denuncia

Il sinistro deve essere denunciato dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Compagnia entro 5 giorni dal sinistro o non appena ne hanno possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile, qualora il ritardo sia causa di comprovato pregiudizio per la Compagnia.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo.

Se mancano elementi essenziali, e l'Assicurato non è in grado di metterli a disposizione

della Compagnia la richiesta di rimborso del sinistro non può essere presentata e quindi è respinta.

La Centrale operativa si avvale di consulenti medici per inquadrare correttamente la prestazione richiesta all'interno delle garanzie contrattualmente previste. Si precisa che i consulenti medici della Centrale operativa non entrano nel merito della richiesta medica (i.e., non valutano l'idoneità del piano terapeutico prescritto dal medico curante ai fini della cura della patologia dell'assicurato), ma si limitano ad accertare che si tratti di un evento in copertura.

La Compagnia respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

Assistenza diretta

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionati
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- prescrizione medica scaduta
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

Regime rimborsuale

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prescrizione medica scaduta
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

La Compagnia richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di rimborso se:

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme oppure; in caso di intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica; assenza di materiale radiografico e foto intraorali per le prestazioni odontoiatriche; mancanza di certificato di Pronto Soccorso in caso di prestazioni connesse all'infortunio)
- non è stato indicato correttamente il beneficiario. Se l'Assicurato non integra la domanda di rimborso entro 60 giorni di calendario dalla richiesta della Compagnia, il sinistro è respinto; la domanda può essere ripresentata.

Data del Sinistro

- Prestazioni ospedaliere: quella del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio
- prestazioni extra ospedaliere: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria fornita
- cure oncologiche, prestazioni fisioterapiche e odontoiatriche: quella di esecuzione della singola prestazione.

Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre Compagnie

Se l'Assicurato riceve rimborso da Fondi, Enti o altre Compagnie deve inviare il prospetto di liquidazione delle singole prestazioni di tali enti e le fotocopie delle fatture relative al rimborso.

Lingua della documentazione

La documentazione in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco deve essere accompagnata da traduzione in Italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese per tradurla sono a carico dell'Assicurato.

Visite di medici incaricati dalla Compagnia

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati dalla Compagnia e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessari; per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

L'accertamento può essere disposto

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro
- entro massimo 6 mesi dall'acquisizione della documentazione completa relativa al sinistro.

Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede

- i suoi eredi legittimi devono tempestivamente avvisare la Compagnia
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - o estremi del testamento
 - o dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - o indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - o l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - o le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - o non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Compagnia a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento di identità valido e di tessera sanitaria /codice Fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato in queste CDA.

Prestazioni intramoenia

Sono considerate prestazioni private, anche se eseguite in strutture pubbliche.

Prestazioni tra due annualità

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità rientrano nel massimale dell'anno di esecuzione della prestazione stessa. Non sono ammesse fatture in acconto.

Limiti di spesa pre e post ricovero/day hospital

I limiti di spesa (per esempio franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese prima e dopo un ricovero/day-hospital sono quelli previsti dalla garanzia ricovero, diversi a seconda del regime di accesso alla singola prestazione prescelto (Assistenza diretta o Regime rimborsuale).

In regime di Assistenza Diretta, nel caso in cui il ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come pre ricovero vengono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dalla polizza. L'Assicurato è tenuto a restituire alla Compagnia, a fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall'applicazione della diversa garanzia (per esempio per una franchigia o uno scoperto di maggiore importo o, nel caso di prestazione non prevista, per l'intero costo della stessa). Nel caso in cui la prestazione non potesse rientrare nelle prestazioni extraospedaliere, l'Assicurato è tenuto, su richiesta della Compagnia, a restituire l'intera somma pagata dalla Compagnia alla Struttura Convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla Struttura Convenzionata se la Compagnia non aveva ancora provveduto al pagamento.

Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli,
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica).

19.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta o mista

a) Prima della prestazione

L'Assicurato deve preventivamente richiedere l'autorizzazione alla Centrale Operativa (operativa 24 ore su 24, 365 giorni l'anno) allegando la documentazione giustificativa necessaria, con un preavviso di almeno 48 ore lavorative prima dell'evento.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assicurato dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 3 giorni di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre 3 giorni prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

L'Assicurato deve di volta in volta chiedere l'autorizzazione per ogni singola prestazione che deve eseguire (comprese le prestazioni odontoiatriche e terapie); non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

Il rilascio dell'autorizzazione può essere richiesto attraverso:

- app mobile
- portale web
- numeri telefonici dedicati: - da telefono fisso e da telefono cellulare (numero verde); -per chiamate dall'estero

Dati da fornire alla Centrale Operativa

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione
- struttura sanitaria convenzionata presso la quale verrà effettuata la prestazione
- prestazione da effettuare
- data della prestazione
- diagnosi o quesito diagnostico

L'Assicurato potrà ricercare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione tramite accesso alla propria area riservata o App mobile, nonché attraverso l'interlocuzione telefonica con la Centrale Operativa.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura.

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito interneto tramite App mobile.

Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

-**certificato medico** attestante la prestazione ospedaliera da effettuare

-prescrizione del medico curante **per le prestazioni extraospedaliere**

Non è richiesta per le prestazioni di prevenzione (sanitaria e odontoiatrica ad eccezione per quanto previsto per il punto 3 "Prevenzione terziaria in ambito respiratorio" in D) PREVENZIONE)

-**copia del certificato di prenotazione del ricovero**, o dell'autorizzazione al ricovero già rilasciata dalla Centrale Operativa in caso di accesso al regime di Assistenza diretta, per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-ricovero in regime di Assistenza diretta

-in caso di Infortuni devono essere presentati anche:

- **Referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio;**
se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.

Le cure dentarie da Infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l'Infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie); è comunque sempre necessaria la prescrizione medica dell'odontoiatra.**

- Se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo: **anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.**
- **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche **il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (contestazione amichevole);

-in caso di **prestazioni di gravidanza previste nel "Pacchetto maternità": certificato attestante lo stato di gravidanza**, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta del parto;

-**prestazioni odontoiatriche:** è necessario indicare il dettaglio delle prestazioni da eseguire.

-**certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta la

modifica del visus, in caso di acquisto lenti; sono escluse le lenti "usa e getta". Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti.

-In caso di "prevenzione terziaria in ambito respiratorio": certificazione medica attestante la patologia, prescrizione del medico di base e dello specialista.

La Compagnia può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Come trasmettere i documenti:

da portale web o con l'app mobile

per mail:

via fax:

L'autorizzazione alle prestazioni in forma diretta, qualora la Centrale Operativa abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, è trasmessa all'Assicurato a mezzo e-mail o sms e contestualmente anche alla struttura convenzionata individuata. L'Assicurato dovrà indicare all'atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail dell'autorizzazione. Qualora l'Assicurato non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere come mezzo di ricezione dell'autorizzazione la mail ed eventualmente stampare lo stesso da un qualsiasi PC.

All'interno del sms o della email sarà presente un link web breve (c.d. "tiny link") che consentirà la visualizzazione dell'autorizzazione sullo schermo del device.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 3 giorni di calendario rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assicurato dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 3 giorni che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

La Compagnia effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni di convenzione stipulata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

E' data l'opportunità agli Assicurati, qualora avessero interesse per una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura alla Compagnia, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail:

b) Mancata attivazione della Centrale Operativa

Qualora l'Assicurato acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assicurato e rimborso al medesimo, nei termini e limiti da questo previsti e previa detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo. La Compagnia provvederà alla raccolta di tutte le informazioni indispensabili per la gestione della richiesta richiedendo altresì,

se necessario, l'invio di documentazione medica utile alla corretta valutazione del caso.

c) Dopo l'esecuzione della prestazione

A prestazione avvenuta, l'Assicurato dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali prestazioni non contemplate dalle Condizioni di Assicurazione).

Il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione, è effettuato previo ricevimento da parte della struttura convenzionata della fattura e della documentazione medica richiesta all'Assicurato e/o alla Struttura Sanitaria (ad esempio la cartella clinica).

d) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesione fisiche obiettivamente constatabili)

- Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa l'Assicurato può chiedere il rilascio dell'autorizzazione entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata. Se è passato un numero minore di giorni
- l'Assicurato contatta la Centrale operativa che trasmette un modulo da far compilare alla struttura sanitaria dove l'Assicurato è ricoverato
- il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale operativa (per mail o per fax) allegando il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento.

Poiché il Network può subire variazioni in corso di copertura, al fine di ottenere la prestazione, è necessario che l'Assicurato acceda agli operatori sanitari esclusivamente contattando telefonicamente la Centrale Operativa, in mancanza del quale le prestazioni, se comprese nella copertura assicurativa, vengono riconosciute in forma rimborsuale. La valutazione finale sulla effettiva esistenza del requisito di gravità rispetto al singolo caso è comunque effettuata dalla Centrale operativa; l'attivazione della procedura d'urgenza è subordinata a tale valutazione.

La procedura d'urgenza non può essere attivata per ricoveri in regime di Assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assicurato deve sempre ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale operativa.

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle CDA (per es.: franchigie e scoperti).

19.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso

La richiesta può essere fatta in 2 modi: **a) cartacea. b) on line**. In entrambi i casi: -la documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario della prestazione e riportarne i dati anagrafici; il rimborso è a favore dell'Assicurato titolare della copertura.

- le prestazioni devono

- **essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere)**

- **essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale)**

- **essere fatturate** da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile **la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi**.

Per valutare in modo corretto il sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, la Compagnia può sempre chiederne anche gli originali.

La Compagnia, nel rispetto delle proprie procedure amministrative di valutazione dei sinistri, si impegna a rimborsare le spese entro 60 giorni dalla ricezione della documentazione completa ed esaustiva.

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il **Modulo di richiesta di rimborso**. Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, la Compagnia prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo. In ogni caso l'Assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

1-documentazione quietanzata del pagamento delle spese (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la **marca da bollo** nei casi normativamente previsti e deve essere **fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta.** L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola

2-in caso di ricovero o Day Hospital con o senza intervento chirurgico:

- **se in forma privata:** la copia della cartella clinica e scheda di dimissioni ospedaliera (SDO) completa richiesta all'Istituto di Cura, tutte le notule di spesa delle prestazioni effettuate durante il ricovero (Ist. di Cura e medici), per le spese mediche sostenute nel periodo di pre e post ricovero dovranno essere;
- **se utilizzato il Servizio Sanitario Nazionale:** copia della cartella clinica completa e scheda di dimissioni ospedaliera (SDO) richiesta all'Istituto di Cura, per le spese mediche sostenute nel periodo di pre e post ricovero dovranno essere inviate oltre alle fatture/ticket anche tutte le prescrizioni mediche

3-in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale sia in forma privata che con utilizzo del Sistema Sanitario Nazionale: dettagliata relazione medica dell'intervento, referto istologico (se eseguito) e prescrizioni mediche; in caso di intervento chirurgico di asportazione (exeresi) la relazione medica dell'intervento dovrà contenere il tipo della lesione, la sede, le dimensioni e la natura patologia della stessa

4-per le prestazioni extraospedaliere: prescrizione medica con patologia sospetta o accertata

5-per trattamenti fisioterapici:

- I. **prescrizione** del medico specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
- II. indicazione del **titolo di studio** del medico/specialista che ha effettuato la prestazione
- III. la prescrizione medica deve essere dettagliata per il numero di sedute e tipo di prestazione.

6-per prestazioni in Regime misto: l'Assicurato deve presentare anche: un modulo sottoscritto dalla Struttura convenzionata che attesta il pagamento delle prestazioni dell'équipe non convenzionata, oppure

prova del pagamento degli onorari medici (per esempio copia del bonifico bancario eseguito)

7-cure e protesi dentarie da infortunio al termine delle cure: fattura delle cure dentarie eseguite dettagliata per prestazione e singolo costo, certificazione di Pronto Soccorso, OPT, fotografie o ogni altro esame clinico strumentale che possa documentare oggettivamente l'infortunio. Le prestazioni odontoiatriche da infortunio oggetto di autorizzazione dovranno essere congrue con le lesioni subite e oggettivamente documentate.

8-per protesi ortopediche e acustiche: prescrizione effettuata da medico specialista con l'indicazione della patologia accertata.

9-per medicinali: prescrizione medica del farmaco con relativa patologia accertata con scontrino fiscale contenente il codice fiscale dell'Assicurato

10-in caso di infortunio devono essere presentati anche:

- **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio;** se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo

11-certificato medico che attesta la diagnosi di Trisomia 21 in caso di richiesta di indennità

12-per terapie psicologiche: prescrizione del medico ASL o medico specialista

13-in caso di LTC: certificato medico che attesti le cause che hanno determinato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la data della sua sopravvenienza, nonché dal modulo per la valutazione delle ADL e dall'attestato rilasciato dall'Istituto nazionale di Previdenza Sociale (INPS) del riconoscimento dell'assegno di accompagnamento, o della pensione di inabilità.

La Compagnia può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:

.....

b)Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'Assicurato può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica e di spesa:

- dalla propria area riservata
- attraverso la app mobile

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che la Compagnia considera equivalente all'originale. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale.

Chi non ha un accesso a internet, può chiedere il rimborso cartaceo.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Assistenza diretta: se si accerta che la polizza non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione

- la compagnia ne dà comunicazione scritta all'Assicurato.
- l'Assicurato deve
- restituire alla Compagnia tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici

- oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici.

CAPITOLO 4 – DISPOSIZIONI VARIE

Art. 20. Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avvalersi, per la stipulazione, gestione e l'esecuzione del presente contratto - ivi compreso il pagamento dei premi - dell'assistenza e della consulenza del broker. Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Compagnia si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione del presente contratto - con la sola eccezione di quelle riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo - dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, unicamente per il tramite del Broker che la riceve in copia conoscenza.

Per effetto di tale pattuizione ogni comunicazione fatta alla Compagnia dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta da quest'ultimo e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Compagnia al Broker si intenderà come fatta al Contraente. Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto della Compagnia il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicarne alla Compagnia l'eventuale revoca ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente contratto. Non viene meno il potere della Contraente di corrispondere direttamente i premi o di formulare comunicazioni direttamente alla compagnia.

La Compagnia inoltre, riconosce che il pagamento dei premi e delle eventuali regolazioni potrà essere fatto, come di norma sarà effettuato, dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento così effettuato. Con ciò non è esclusa la possibilità del contraente di corrispondere direttamente i premi.

Il Broker invierà alla Compagnia delegataria, a mezzo telefax e/o Pec le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di incasso da parte del Broker inviata tramite telefax e/o Pec.

I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini temporali della copertura.

Art. 21. Controversie

In caso di controversie sull'indennizzabilità della prestazione, sull'ammontare del rimborso, se e in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, le parti con scrittura privata, si obbligano a conferire mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo, ovvero, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il collegio medico. 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 competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti con dispensa a ogni formalità di legge e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art. 22. Obblighi della Compagnia relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

In ottemperanza all'articolo 3 della Legge numero 136 del 13 agosto 2010, il Contraente, la Compagnia e, ove presente, l'intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto.

In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie siano eseguite senza avvalersi di banche o

della società Poste Italiane Spa, il presente contratto si intende risolto di diritto.
Se la Compagnia, il subappaltatore o l'intermediario hanno notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria, procedono all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale. Questa circostanza deve essere comunicata alla stazione appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo competente per territorio.

SEZIONE III

Allegato 1: Scheda riassuntiva

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

Opzione	Massimali/somme assicurate – scoperti e franchigie
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Massimale	500.000,00 euro
Ricovero con/senza intervento, day hospital, day surgery	
Condizioni:	
diretta	nessuno scoperto
rimborso	scoperto 5% min 250,00 euro, intervento ambulatoriale scoperto 5% min 30,00 euro
misto	scoperto 5% min 250,00 euro, intervento ambulatoriale scoperto 5% min 30,00 euro
ticket	nessuno scoperto
Pre/post	120 gg / 120 gg
Trasporto sanitario	nessuno scoperto
Parto cesareo programmato, parto fisiologico, aborto spontaneo, terapeutico o post-traumatico	
diretta	nessuno scoperto
rimborso	scoperto 30%
ticket	nessuno scoperto
Trapianti a seguito di malattia o infortunio	180 gg / 180 gg
Sub massimali (*)	
Accompagnatore	60,00 euro al giorno con il massimo di 30 giorni
Trattamenti fisioterapici post ricovero	3.000,00 euro
Rimpatrio salma dall'estero e spese funerarie	2.500,00 euro
Indennità sostitutiva in caso di ricovero/DH	150,00 euro al giorno
Indennità sostitutiva in caso di ricovero per parto	250,00 euro al giorno
Chirurgia refrattiva	3.000,00 euro

(*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza Intervento", tranne per rimpatrio della salma in cui non vi sono scoperti.

Opzione	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
1. Esami diagnostici ed esami invasivi da elenco	
Massimale	10.000,00 euro
Condizioni:	
diretta/rimborso	scoperto 10% minimo 50,00 euro
Ticket	nessuno scoperto
2. Cure ambulatoriali/domiciliari	
Massimale	3.000,00 euro condiviso con il punto 3 "Protesi"
Condizioni:	
diretta/rimborso	nessuno scoperto
Ticket	nessuno scoperto
Sub-massimali	
Trattamenti fisioterapici rieducativi/riabilitativi	500,00 euro
Logopedia	250,00 euro
Assistenza infermieristica domiciliare	40,00 euro al giorno massimo 30 giorni
Medicinali	260,00 euro
3. Protesi	
Massimale	Condiviso con "Cure ambulatoriali/domiciliari"
Condizioni:	
diretta/rimborso	nessuno scoperto
Ticket	nessuno scoperto
4. Lenti	
Massimale	200,00 euro
Condizioni:	
diretta	nessuno scoperto
5. Cure oncologiche	
Massimale	25.000,00 euro
Condizioni:	
diretta/rimborso	franchigia 50,00 euro
ticket	nessuno scoperto
C) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
1. Cure e protesi dentarie	
Massimale	-1.000,00 euro per cure dentarie in caso di malattia (solo in rete) -3.000,00 euro per cure dentarie da infortunio -5.000,00 euro con il limite di 800,00 euro per ogni elemento per protesi dentarie da infortunio
Condizioni:	
diretta	nessuno scoperto, franchigia 50,00 euro per cure dentarie da malattia
rimborso	nessuno scoperto
Ticket	nessuno scoperto
D) PREVENZIONE	
1. Medicina preventiva	Solo regime diretto

Massimale	- per visita e igiene orale, prevenzione per donne e per uomini, Condiviso con Cure Ambulatoriali/Domiciliari - 1.000,00 euro per Pacchetto maternità - 300,00 euro per esami del sangue e accertamenti
Condizioni:	nessuno scoperto
2. Prevenzione terziaria in ambito respiratorio	
PERCORSO A	
Massimale	-Illimitato se in Assistenza diretta -120,00 euro a pacchetto se a rimborso
Condizioni	
diretta/rimborso	nessuno scoperto
PERCORSO B	
Massimale	-Illimitato se in Assistenza diretta -60,00 euro per visita, 30,00 euro per seduta toracica se a rimborso -per cure termali 90,00 euro per ciclo
Condizioni	
diretta/rimborso	nessuno scoperto
E) ALTRE GARANZIE	
1. Terapie psicologiche	
Massimale	500,00 euro
diretta	nessuno scoperto
rimborso	scoperto 50%
2. Fecondazione eterologa	
Massimale	500,00 euro
diretta/rimborso	nessuno scoperto
3. Controllo pediatrico	
Massimale	illimitato
diretta	nessuno scoperto
4. Disturbi Specifici dell'apprendimento	
Massimale	500,00 euro
diretta/rimborso	nessuno scoperto
5. Trisomia 21	
Massimale	10.000,00 euro una tantum a neonato
6. LTC	
Massimale	400,00 euro al mese per massimo 3 anni

Allegato 2: Scheda di polizza

Costituente parte integrante della polizza rimborso spese mediche n°

Contraente/Assicurato EPPI – ENTE DI PREVIDENZA DEI PERITI
INDUSTRIALI LAUREATI
Via Morgagni, 30/E - 00161 Roma
codice fiscale 97144300585

durata del contratto: 2 anni
effetto dal: 31.12.2023
scadenza il: 31.12.2025
prima quietanza 31.12.2024
frazionamento: annuale

Elenco Assicurati: n. 22 nuclei

 n. 9 singoli

(*) I dati verranno comunicati prima della stipula del contratto.

la Società

Il Contraente