

**COPERTURA ASSICURATIVA
RIMBORSO SPESE MEDICHE DIRIGENTI – INTEGRATIVA
FASDAC**

LOTTO 8

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NELLA POLIZZA

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Sono Assicurati con la presente Polizza il Dirigente del CSI Piemonte e loro Nuclei Familiari in copertura con il F.A.S.D.A.C.

Nucleo familiare:

Costituiscono nucleo familiare del Dirigente, purché regolarmente iscritti in uno stesso certificato anagrafico di stato di famiglia o di residenza:

- il coniuge o il convivente more uxorio;
- i figli, fiscalmente a carico, fino a 26 anni di età, anche se momentaneamente non conviventi con l'Assicurato per motivi di studio, o non ricompresi nello stato di famiglia, compresi i figli naturali legalmente riconosciuti; i figli nati dal precedente matrimonio del coniuge; i minori legalmente affidati o adottati.

Eventuali eccezioni devono essere preventivamente concordate con la Società.

Società

La Compagnia di Assicurazioni che sottoscrive il rischio.

F.A.S.D.A.C.

Fondo di assistenza sanitaria integrativa.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Infortunio

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

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico

Malformazione

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

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Difetto fisico

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

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata

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

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Day-hospital

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

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Intervento chirurgico

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

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che, anche se effettuata in sala operatoria, per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Accertamento diagnostico

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

Sinistro

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

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia

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

Scoperto

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

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

A parziale deroga di ogni diversa previsione contrattuale e ferma restando la decorrenza dell'assicurazione dalla data di effetto indicata in polizza, le parti convengono che il premio di ogni rata sia corrisposto dal Contraente entro i 60 (sessanta) giorni successivi all'anzidetta data di effetto dell'assicurazione.

Il premio verrà corrisposto tramite rate semestrali, senza interessi di frazionamento

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La Polizza decorre dalle ore 24 del **31/12/2018** e cessa alle ore 24 del **31/12/2021** senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo secondo quanto indicato nel frontespizio di polizza (ove sono indicate anche le scadenze annuali intermedie).

E' facolta' di ciascuna delle parti recedere dal contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte – e anticipata a mezzo telefax - almeno 90 (novanta) giorni prima di tale scadenza, fermo che non e' consentito alla Societa' assicuratrice inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste.

Alla scadenza del contratto, su espressa richiesta scritta del Contraente, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, alle condizioni economiche e normative in corso, per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni oltre la scadenza contrattuale e dietro corresponsione del corrispondente rateo di premio.

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

A.4 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

A.5 FORO COMPETENTE

A scelta della parte attrice, il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società.

A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

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

A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

In ottemperanza all'articolo 3 della Legge numero 136 del 13 agosto 2010, il Contraente, la Società e il Broker assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto, ai sensi e per gli effetti previsti dalla Legge in caso di inadempimento

A.8 ALTRE ASSICURAZIONI

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

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

- a) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
- b) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- c) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, fatto salvo quanto diversamente disposto nelle GARANZIE contenute nelle Condizioni Particolari;
- d) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- e) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- f) gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;

- g) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- h) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- i) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- j) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- k) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- l) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- m) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- n) le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Limitatamente alle prestazioni previste alla GARANZIA F) "cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia", l'assicurazione non è operante per:

- protesi estetiche;
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

B.3 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento de 75° anno di età Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dell'Assicurato.

B.4 DIRIGENTI IN QUIESCENZA

Sino al raggiungimento del limite di età indicato nel punto che precede, la Società si impegna, sino a che è in vigore la seguente polizza, a predisporre per i Dirigenti assicurati che sono entrati in quiescenza, forme di copertura integrativa FASDAC in forma individuale, a condizioni che verranno concordate tra le parti.

C - SINISTRI

C.1 CRITERI DI LIQUIDAZIONE

L'Assicurato, dopo avere ottenuto la liquidazione dal F.A.S.D.A.C., deve inviare alla Società la seguente documentazione unitamente ad attestazione rilasciata dal F.A.S.D.A.C., relativa all'importo da esso corrisposto:

- denuncia del sinistro corredata da copia della cartella clinica conforme all'originale (in caso di ricovero) e da copia dei certificati medici di prescrizione contenenti l'indicazione della patologia accertata o presunta (in caso di prestazioni extraricovero);
- copia della documentazione di spesa (fatture e/o ricevute) debitamente quietanzata.

Relativamente alle prestazioni non garantite dal F.A.S.D.A.C., l'Assicurato dovrà inviare la documentazione di spesa (fatture e/o ricevute) in originale debitamente quietanzata.

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – si restituisce all'Assicurato, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

C.2 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Per eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

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

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

C.3 CLAUSOLA BROKER e gestione del Contratto tramite Cassa di Assistenza

IL CSI Piemonte dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Willis Italia SpA (denominata Broker), di Via Padova 55 – 10156 Torino conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto della Contraente dalla Willis Italia S.p.A. stessa.

Il presente contratto verrà gestito, previa adesione, tramite Previass II, alla quale verranno versati direttamente i contributi, a seguito del ricevimento degli avvisi di pagamento da parte del Broker.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, nel nome e per conto dell'Assicurato, alla Compagnia, si intenderà come fatta dall'Assicurato. Parimenti, ogni comunicazione fatta dall'Assicurato al Broker s'intenderà come fatta alla Compagnia, purché non comporti variazioni nelle Condizioni di Polizza.

In ogni caso le comunicazioni del Broker alla Società che abbiano un contenuto interruttivo dei termini di prescrizione dell'azione assicurativa dovranno essere inviate tramite raccomandata con ricevuta di ritorno

D - CONDIZIONI PARTICOLARI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

D1. FORMA DELLA ASSICURAZIONE. GARANZIE INTEGRATIVE FASDAC

L'assicurazione è operante a **secondo rischio e a integrazione dei plafond** previsti dal tariffario del F.A.S.D.A.C., in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato il cui rimborso è previsto dalle garanzie che formano oggetto della presente Polizza.

Le eventuali garanzie non previste dal tariffario FASDAC, ma incluse nella presente polizza, saranno fornite a primo rischio nell'ambito dei massimali e dei limiti previsti dal contratto con una detrazione del 25% dell'importo indennizzabile.

D 2. OGGETTO DELLA ASSICURAZIONE RIEPILOGO DELLE GARANZIE PRESTATE

L'assicurazione è operante, sulla base di quanto previsto nelle clausole contenute nelle GARANZIE che seguono, in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

GARANZIA A) ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale;

GARANZIA B) prestazioni di alta specializzazione;

GARANZIA C) visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici riabilitativi, cure termali e assistenza infermieristica domiciliare;

GARANZIA D) protesi e ausili medici ortopedici e acustici;

GARANZIA E) cure oncologiche;

GARANZIA F) cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia;

GARANZIA G) lenti e occhiali;

GARANZIA H) rimpatrio della salma

GARANZIA I) rimborso tickets sanitari

GARANZIA L) prestazione diretta o indiretta di servizi di consulenza e assistenza

D 3. MASSIMALI ASSICURATI per Nucleo e per anno assicurativo

GARANZIA A) €400.000,00

GARANZIA B) €12.000,00

GARANZIA C) €5.000,00

GARANZIA D) €2.000,00

GARANZIA E) €5.000,00

GARANZIA F) €2.300,00

GARANZIA G) €200,00

GARANZIA H) €5.000,00

GARANZIA I) senza limiti

GARANZIA L)

D 4. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei Dirigenti del CSI Piemonte iscritti al fondo F.A.S.D.A.C. La copertura viene estesa al nucleo familiare, come descritto nelle **Definizioni**, in copertura con il F.A.S.D.A.C

D 5. PREMI

Le prestazioni della presente polizza vengono erogate attraverso il pagamento del premio imponibile espresso in frontespizio, a cui si sommano le imposte di legge.

D 6. INCLUSIONI /ESCLUSIONI DALLA GARANZIA

1) Nuove assunzioni, Dirigenti per i quali vengono a scadenza coperture assicurative Integrative Fasdac stipulate in forma individuale

Per i neoassunti e i neopromossi, la garanzia decorre dal momento dell'assunzione o della promozione sempreché venga comunicata alla Società entro 30 giorni. La comunicazione è richiesta anche per i Dirigenti per i quali vengono a scadenza coperture assicurative Integrative Fasdac stipulate in forma individuale

Nel caso di ritardata comunicazione, la garanzia decorre dal momento della comunicazione.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari, intesi come coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti dallo stato di famiglia, in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data di certificazione della variazione sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

3) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, per l'ex-Dirigente e gli eventuali familiari assicurati, verrà rimborsato il premio in funzione di tanti trecentosessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di cessazione del rapporto di lavoro al termine del periodo assicurativo in corso.

4) Esclusione dai Fondi

La copertura è operante fino a che l'Assicurato risulti iscritto al F.A.S.D.A.C.

Qualora, per qualunque motivo, perda il diritto al beneficio della copertura F.A.S.D.A.C., il dirigente e l'eventuale nucleo familiare assicurato verranno esclusi dalla polizza con decorrenza dal momento di cessazione della garanzia F.A.S.D.A.C. e con relativo rimborso di premio per il periodo intercorrente tra l'esclusione e la scadenza dell'annualità assicurativa in corso, salvo differente accordo tra le Parti.

OGGETTO ASSICURAZIONE

GARANZIA A

A 1. RICOVERO, DAY-HOSPITAL E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- a) Pre-ricovero
Esami, accertamenti diagnostici, onorari medici (incluse terapie 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
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); 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, esami 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 in struttura alberghiera.
Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
- f) Post ricovero
Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e 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. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

A.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 2.000,00 per ricovero.

A.3 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti A.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e A.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

A. 4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti A.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” lett. a) “Pre-ricovero”, b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, f) “Post-ricovero” e A.2 “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati.

A.5 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti A.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” e A.2 “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell’organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le 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.

A.6 PARTO E ABORTO

A.6.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti A.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) “Accompagnatore; f) “Post-ricovero”, e A.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

A.6.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti A.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) “Accompagnatore; relativamente alle prestazioni “post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto A.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”, lettera f) “Post ricovero”, e A.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 4.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

A.7 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 Società. In tal caso, per i neonati sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e di difetti fisici.

A.8 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 120,00, ridotta a € 100,00 in caso di Day Hospital per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 60 giorni per anno assicurativo e per nucleo familiare.

A.9 PROSECUZIONE DELLA GARANZIA 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 sino a quando l'Assicurato venga dimesso dall'Istituto di cura.

GARANZIA B

ALTA SPECIALIZZAZIONE

Si considerano prestazioni di "Alta specializzazione" quelle contenute nel seguente elenco:

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

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

- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

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

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

Eventuali spese per prestazioni ricomprese nell'elenco sopra indicato non previste nel tariffario F.A.S.D.A.C., verranno rimborsate con l'applicazione di scoperto 25%.

GARANZIA C

VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EXTRARICOVERO, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI, CURE TERMALI E ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.000,00 per nucleo e per anno.

Eventuali spese per prestazioni ricomprese nella presente GARANZIA e non previste nel tariffario F.A.S.D.A.C., verranno rimborsate con l'applicazione di scoperto 25%.

C.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici

e ortodontici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

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

C.2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia o infortunio, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfodrenaggi ed altro, effettuati per insufficienza venosa.

È prevista l'agopuntura effettuata anche a fini antalgici.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Il sottomassimale annuo assicurato per la garanzia di cui al presente punto corrisponde a €500,00 per anno per nucleo.

C.3 CURE TERMALI

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per cure termali (sono comunque escluse le spese di natura alberghiera) conseguenti a malattia o a infortunio.

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

Il sottomassimale annuo assicurato per la garanzia di cui al presente punto corrisponde a €500,00 per anno e per nucleo.

C.4 ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

La Società rimborsa le spese di assistenza infermieristica domiciliare nel limite di € 26,00 al giorno per un massimo di 60 giorni per nucleo/anno assicurativo.

GARANZIA D

PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di € 2.000,00 per nucleo familiare. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici ed acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodi, plantari, apparecchi acustici, ecc..

Eventuali spese per prestazioni ricomprese nelle garanzie di cui al presente paragrafo e non previste nel tariffario F.A.S.D.A.C., verranno rimborsate con l'applicazione di scoperto 25%.

GARANZIA E

CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche la Società liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (se non effettuate in regime di ricovero o day hospital), con massimale autonomo.

Si intendono inclusi in garanzia le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie (anche farmacologiche).

Eventuali spese per prestazioni ricomprese nelle garanzie di cui al presente paragrafo e non previste nel tariffario F.A.S.D.A.C., verranno rimborsate con l'applicazione di scoperto 25%.

GARANZIA F

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative.

Rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

Eventuali spese per prestazioni odontoiatriche non previste dal tariffario F.A.S.D.A.C., verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

GARANZIA G

LENTI E OCCHIALI

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura con applicazione di una franchigia di € 52,00 per fattura.

Per l'attivazione è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.

GARANZIA H

RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso avvenuto in seguito di ricovero all'estero la Società rimborsa il costo del rimpatrio della salma sino alla concorrenza di € 5.000.00.

GARANZIA I

TICKETS SANITARI

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato, in eccedenza a quanto rimborsato dal FASDAC.

GARANZIA M

SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

La Compagnia Assicuratrice deve mettere a disposizione degli Assicurati una Centrale Operativa in grado di fornire agli Assicurati, direttamente o indirettamente o tramite altra Società che eroga servizi di assistenza, almeno i seguenti servizi di Consulenza e Assistenza

Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio d'informazione sanitaria, in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni
- preparazione propedeutica ad esami diagnostici
- profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero

Consulenza medica telefonica

Qualora in conseguenza d'infortunio o di malattia l'Assicurato necessitasse di una valutazione del proprio stato di salute, potrà contattare i medici della Centrale Operativa e chiedere un consulto telefonico.

Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rientro dal ricovero di primo soccorso

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

Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

In caso di ricovero ospedaliero dell'assicurato superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa prenderà in carico un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica, per permettere ad un familiare convivente di raggiungere l'Assicurato ricoverato.

Tale prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare.

Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, sia affetto da patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo

trasferimento, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore, con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sottoelencati:

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

il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa. La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

Assistenza infermieristica o fisioterapica specializzata domiciliare

Qualora l'Assicurato sia stato ricoverato e sottoposto ad un intervento chirurgico, o abbia effettuato un ricovero medico per una grave patologia, la Centrale Operativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico della Società, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza infermieristica o fisioterapica specializzata per un massimo di venti ore complessive esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza. Tali ore potranno essere usufruite senza soluzione di continuità o ad intervalli da concordarsi con il medico della Società.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione tre giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

In ogni caso, laddove la richiesta di prestazione venga fatta in un momento successivo, il servizio verrà erogato solamente se sussisteranno i requisiti richiesti per la sua attivazione e, comunque, entro tre giorni dalla data della richiesta stessa.

Trasmissione messaggi urgenti

Qualora l'Assicurato, in seguito ad infortunio o malattia improvvisa, abbia necessità di comunicare con un proprio familiare in Italia e sia impossibilitato a farlo, la Centrale Operativa effettua sei telefonate nell'arco delle 24 ore successive per comunicare il messaggio alla persona da lui indicata. Analogamente, il servizio può essere utilizzato per trasmettere messaggi indirizzati all'Assicurato.

Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della Sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di 150,00 Euro per sinistro.

Invio di medicinali urgenti all'estero

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

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

Rimpatrio sanitario

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

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

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

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

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