

# **PRESTAZIONI ASSICURATIVE**

## **a favore di FASIFIAT**

*Torino, 7 novembre 2008*

- MODALITA' E LIMITI PER ADESIONE
- PRINCIPALI DEFINIZIONI ASSICURATIVE
- I PIANI SANITARI

Ricoveri con intervento chirurgico a seguito malattia o infortunio

Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione

Assistenza extraospedaliera

Pacchetto maternità

Pacchetti prevenzione

- NUCLEO FAMILIARE
- ESCLUSIONI DA REGOLAMENTO DEL FONDO

### **Persone assicurabili:**

Dipendenti assunti a tempo indeterminato o con contratto di apprendistato che abbiano superato il periodo di prova.

### **Persone non assicurabili:**

Dirigenti e Quadri o dipendenti con qualifica di Professional o Capo.

Lavoratori che abbiano aderito ad analoghe forme di assistenza sanitaria integrativa applicate dalla società di appartenenza, in virtù di contrattazione nazionale o aziendale o di regolamento aziendale.

### L'adesione è volontaria

#### Quando aderire:

##### 1) per i lavoratori in servizio alla data di avvio del Fondo:

dalla data di pre-adesione fino al sesto mese successivo alla data di avvio del fondo

##### 2) per i lavoratori assunti in data successiva all'avvio del Fondo:

entro sei mesi dall'assunzione.

N.B.: in entrambe le ipotesi i lavoratori in periodo di prova possono aderire durante tale periodo e gli effetti dell'adesione saranno subordinati al superamento del periodo di prova e decorreranno dal giorno successivo a quello di superamento della prova.

#### per il nucleo

L'adesione al piano sanitario per il nucleo potrà avvenire contestualmente all'adesione del dipendente.

**N.B.:** L'adesione dei familiari deve prevedere obbligatoriamente tutti i componenti del nucleo familiare, possono essere esclusi il coniuge o il convivente *more uxorio* che abbiano aderito ad analoghe forme di assistenza sanitaria integrativa.

### Definizione di nucleo familiare:

- il coniuge anche legalmente separato purché con diritto all'assegno familiare
- il convivente *more uxorio* del lavoratore non coniugato, divorziato o vedovo
- i figli minorenni
- i figli maggiorenni fiscalmente a carico fino al compimento del ventiseiesimo anno di età
- i figli fiscalmente a carico permanentemente invalidi

**N.B.:** La Società acconsente a che la composizione del nucleo familiare possa essere dichiarata mediante semplice autocertificazione sottoscritta dal lavoratore stesso.

Per l'inclusione dei figli il lavoratore deve inoltre autocertificare:

la propria paternità/maternità, in caso di iscrizione di figli minorenni;

la condizione di fiscalmente a carico dei figli maggiorenni fino al ventiseiesimo anno di età o dei figli maggiorenni permanentemente invalidi.

Ogni variazione in corso d'anno della condizione di "fiscalmente a carico" dovrà essere tempestivamente segnalata al Fondo.

L'autocertificazione può dar luogo a verifiche e/o controlli mediante la richiesta all'assicurato di idonea certificazione.

**La mancata produzione della certificazione richiesta o le false dichiarazioni** produrranno l'immediata decadenza dalla copertura assicurativa da parte del familiare interessato .

**In caso di false dichiarazioni** la Società potrà, previa restituzione del premio imponibile versato per il familiare decaduto, richiedere al Dipendente la ripetizione delle spese eventualmente sostenute dalla Società a favore del familiare interessato.

### Cessazione della qualifica di assicurato

Per recesso volontario da parte dell'assicurato.

Fermo l'obbligo contributivo fino alla data del 31 dicembre di ogni anno sia relativo alla quota parte a suo carico sia relativa alla contribuzione totale a suo carico per la copertura del nucleo familiare, **l'assicurato e il suo nucleo usciranno dalla copertura assicurativa a far data dal 31 dicembre.**

Per cessazione del pagamento da parte dell'assicurato della contribuzione a suo totale carico per la copertura del nucleo familiare.

Fermo l'obbligo contributivo fino alla data del 31 dicembre di ogni anno relativo alla contribuzione totale a suo carico per la copertura del nucleo familiare, **tutti i componenti del nucleo dell'assicurato usciranno dalla copertura assicurativa a far data dal 31 dicembre.**

### Ripresa della qualifica dell'assicurato

Il dipendente e il proprio nucleo possono rientrare in coperture trascorso un anno dalla cessazione della qualifica di assicurato.

La ripresa della qualifica di assicurato è concessa una sola volta, dopodiché il dipendente e il suo nucleo non potranno più accedere alla copertura assicurativa del presente piano sanitario o di suoi successivi rinnovi.

### **Per chi aderisce entro 6 mesi:**

- dalla data avvio del fondo (lavoratori già in servizio)
- dalla data di assunzione (lavoratori neo assunti)

La copertura assicurativa ha efficacia dal primo giorno del mese successivo alla data di adesione comunicata secondo le modalità previste dal Fondo.

### **Per chi aderisce dopo 6 mesi:**

- dalla data avvio del fondo (lavoratori già in servizio)
- dalla data di assunzione (lavoratori neo assunti)

La copertura assicurativa è attiva dal primo giorno del mese successivo alla data di adesione comunicata secondo le modalità previste dal Fondo ma produrrà i suoi effetti dopo 6 mesi (periodo di carenza) dal giorno della messa in copertura. Le stesse regole si applicano al nucleo.

## **Società:**

La Compagnia di assicurazioni.

## **Indennizzo:**

la somma dovuta dalla società in caso di sinistro.

## **Sinistro:**

il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

## **Malattia:**

ogni alterazione dello stato di salute, clinicamente e obiettivamente constatabile, non dipendente da infortunio.

## **Infortunio:**

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

### **Massimale:**

Spesa massima rimborsabile, nell'anno assicurativo, per una o più eventi garantiti in polizza. Se non diversamente specificato in polizza qualora tale importo di spesa venga raggiunto, nel corso dell'anno assicurativo, non vi è più la possibilità di avere altri rimborsi.

### **Scoperto:**

**L'importo espresso in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato".** L'applicazione dello "Scoperto" si intende riferita all'ammontare delle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato" e indennizzabili a termini di "Polizza", con la precisazione che il massimale previsto può essere, in uno o più sinistri, impegnato sino al 100%.

### **Minimo non indennizzabile:**

**Importo minimo determinato in misura fissa a carico dell'Assicurato".** Si applica quando l'importo risultante dall'applicazione dello scoperto sia inferiore al "minimo non indennizzabile"

### **Franchigia:**

**L'importo, determinato in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato".**  
L'applicazione della "Franchigia" si intende riferita all'ammontare delle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato" e indennizzabili a termini di polizza.

### **Carenza:**

Periodo di aspettativa contrattualmente stabilito per l'efficacia della garanzia.

Il Nomenclatore predisposto dal Fondo che ha dato origine alla copertura assicurativa differenziata per piani sanitari indica analiticamente per ciascun livello di assistenza e per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione (diretta/indiretta), le disposizioni particolari e l'importo del rimborso.

La copertura assicurativa rientra così nella tipologia di coperture a “rischi nominati”, che esclude pertanto le prestazioni non nominate dal piano sanitario.

Viene comunque riconosciuta la discrezionalità da parte del consulente medico di valutare l'eventuale “assimilazione” della prestazione oggetto della richiesta, qualora non espressamente prevista in polizza.

Ogni piano sanitario prevede i propri massimali annui ed eventuali relativi sottolimiti, franchigie e scoperti, garanzie e prestazioni.

Di seguito i piani sanitari oggetto della copertura:

- ✓ Ricoveri con intervento chirurgico a seguito malattia o infortunio
- ✓ Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione
- ✓ Assistenza extraospedaliera
- ✓ Pacchetto maternità
- ✓ Pacchetti prevenzione

## Elenco nominato degli interventi chirurgici:

Il nomenclatore definisce gli interventi chirurgici oggetto della garanzia assicurativa suddivisi per categoria di intervento

## **NEUROCHIRURGIA**

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale

Interventi di cranioplastica

Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale

Asportazione tumori dell'orbita

Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)

Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore

Interventi sul plesso brachiale

## **CHIRURGIA GENERALE**

Ernia inguinale e femorale (con esclusione di tutte le altre ernie della parete addominale)

Intervento per asportazione tumore alla mammella

## **OCULISTICA**

Interventi per neoplasie del globo oculare

Intervento di enucleazione del globo oculare

Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia

## OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori maligni del cavo orale

Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)

Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)

Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare

Ricostruzione della catena ossiculare

Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

## **CHIRURGIA DEL COLLO**

Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

Tiroidectomia Allargata per patologie oncologiche maligne

Interventi sulle Paratiroidi

Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

## **CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO**

Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici

Interventi per fistole bronchiali

Interventi per echinococchi polmonare

Pneumectomia totale o parziale

Interventi per cisti o tumori del mediastino

Interventi per poliposi nasale

## CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Interventi sul cuore per via toracotomica

Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica

Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica

Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale

Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario

Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi

Asportazione di tumore glomico carotideo

Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)

## CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago

Interventi con esofagoplastica

Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica

Intervento per mega-esofago

Resezione gastrica totale

Resezione gastro-digiunale

Chirurgia Gastrointestinale per Perforazioni

Intervento per fistola gastro-digiunocolica

Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)

Interventi di amputazione del retto-ano

## CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi chirurgici sull'Ano e sul Retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica

Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale

Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

Drenaggio di ascesso epatico

Interventi per echinococcosi epatica

Resezioni epatiche

Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari

Interventi chirurgici per ipertensione portale

Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica

Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica

Interventi per neoplasie pancreatiche

## UROLOGIA

Nefroureterectomia radicale

Surrenalectomia

Interventi di cistectomia totale

Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia

Cistoprostatovescicolectomia

Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale

Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

Calcolosi urinaria

## **GINECOLOGIA**

Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia

Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

Isterectomia con eventuale con eventuale annessectomia

Interventi chirurgici sulla mammella patologie oncologiche maligne escluse le protesi

## **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Interventi per costola cervicale

Interventi di stabilizzazione vertebrale

Interventi di resezione di corpi vertebrali

Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni

Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei

Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

Interventi al tunnel carpale e dito a scatto

## **CHIRURGIA MAXILLO- FACCIALE**

Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%

## **TRAPIANTI DI ORGANO**

Tutti

## **ALTRI INTERVENTI**

Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

Appendicectomia con Peritonite Diffusa

Interventi chirurgici sul Midollo Spinale per patologie oncologiche maligne

Interventi per Ricostruzioni di Gravi e Vaste Mutilazioni degli arti da trauma

## GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI

Implantologia su osso mascellare e mandibolare da infortunio ed eseguita da medico chirurgo (ai fini dell'operatività della garanzia è necessaria la presentazione del "Certificato" di Pronto Soccorso relativo all'"Infortunio" occorso), restando esclusi gli interventi per finalità puramente estetiche.

Fratture dei mascellari superiori trattamento chirurgico ortopedico

Resezione del mascellare superiore

Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi

Osteiti mascellari, cisti follicolari e cisti radicolari

**Esclusioni:** non sono ammessi in garanzia gli interventi chirurgici eseguiti a scopo prevalentemente estetico e/o non conseguenti a patologia **salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da "Infortunio"**.

<b>Ricovero con intervento chirurgico</b>		
<b><u>Prestazioni</u></b>	<b><u>Massimale</u></b>	<b><u>Franchigia/scoperti</u></b>
<b>Ricoveri</b>	<b>€150.000,00 annuo</b>	No franchigie, no scoperti in caso di utilizzo: <ul style="list-style-type: none"><li>•del Servizio sanitario nazionale</li><li>•di strutture convenzionate con il fondo</li></ul>
<b>Ricoveri fuori convenzione</b>	<b>€8.000,00 per sinistro nell'ambito del massimale annuo</b>	<b>Scoperto 20% con minimo non indennizzabile di € 2.000,00 per intervento in caso di utilizzo di strutture non convenzionate con il fondo</b>

## Massimale per ricoveri con intervento chirurgico

Relativamente ai rimborsi correlati alle spese sostenute a seguito di ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio, il presente piano sanitario prevede un massimale di copertura che ammonta a Euro 150.000,00 per anno e per persona.

Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più possibilità di avere ulteriori prestazioni.

## Condizioni di rimborso (ricoveri con intervento chirurgico)

### **Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

**Rimborso integrale senza applicazioni di franchigie, e/o scoperti** nel limite del massimale di € 150.000,00, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici sottolimiti. Rimborso anche di ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento) rimasti a carico dell'assicurato. In questo caso, però, l'assicurato non potrà beneficiare dell'Indennità sostitutiva (cfr.pag. 39).

### **Utilizzo di strutture convenzionate con il fondo**

**Rimborso integrale senza applicazioni di franchigie, e/o scoperti** nel limite del massimale di € 150.000,00, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici sottolimiti.

### **Utilizzo di strutture non convenzionate con il fondo**

**Rimborso delle spese sostenute nel limite del massimale di € 8.000,00** per evento con l'applicazione dello scoperto del 20% sull'importo totale di spesa e con l'applicazione del minimo non indennizzabile di € 2.000,00 per evento.

## Esempi di rimborso delle spese sostenute fuori convenzionamento e di compartecipazione alla spesa da parte dell'assicurato

<u>Esempio</u>	<u>Spesa sostenuta dall'assicurato</u>	<u>Condizioni di rimborso</u>	<u>Rimborso delle spese da parte della Società e compartecipazione a carico dell'assicurato</u>
1	€ 6.000,00	Scoperto (20% della spesa): € 1.200 Minimo non indennizzabile: € 2.000 Massimo rimborso: € 8.000,00	<b>Rimborso da parte della Società = € 4.000,00</b> Rimangono a carico dell'assicurato € 2.000,00 = al minimo non indennizzabile i.e: Spesa – minimo non indennizzabile = = € 6.000,00 - € 2.000,00 Si applica il “minimo non indennizzabile” poiché lo scoperto è minore di quest’ultimo.
2	€ 10.000,00	Scoperto (20% della spesa): € 2.000 Minimo non indennizzabile: € 2.000 Massimo rimborso: € 8.000,00	<b>Rimborso da parte della Società = € 8.000,00</b> Rimangono a carico dell'assicurato € 2.000,00 = allo scoperto = al minimo non indennizzabile i.e.: Spesa – scoperto = € 10.000,00-€ 2.000,00 Minimo non indennizzabile e scoperto sono equivalenti

## Esempi di rimborso delle spese sostenute fuori convenzionamento e di compartecipazione alla spesa da parte dell'assicurato

<u>Esempio</u>	<u>Spesa sostenuta dall'assicurato</u>	<u>Condizioni di rimborso</u>	<u>Rimborso delle spese da parte della società e compartecipazione a carico del singolo</u>
3	€ 25.000,00	Scoperto (20% della spesa): € 5.000 Minimo non indennizzabile: € 2.000 Massimo rimborso: € 8.000,00	<p><b>Rimborso da parte della Società = € 8.000,00</b>                      Rimangono a carico dell'assicurato € 17.000,00                      = (scoperto) € 5.000,00 + € 12.000,00 (quota non rimborsabile perché eccedente il massimale) i.e.:</p> <p>€ 5.000,00 = scoperto a carico dell'assicurato                      € 8.000,00 = rimborso a carico della Società                      € 12.000,00 = Importo eccedente il massimale a carico assicurato</p> <hr/> <p>€ 25.000,00 = spesa sostenuta dall'assicurato</p>

<b>Ricovero con intervento chirurgico</b>		
<b><u>Prestazioni</u></b>	<b><u>Massimale</u></b>	<b><u>Franchigia/scoperti</u></b>
Ricovero	€ 150.000,00 annuo	No franchigie, no scoperti in caso di utilizzo: <ul style="list-style-type: none"> <li>•del Servizio sanitario nazionale</li> <li>•di strutture convenzionate con il fondo</li> </ul>
Ricovero fuori convenzione	€ 8.000,00 per sinistro nell'ambito del massimale annuo	Scoperto 20% con minimo non indennizzabile di € 2.000,00 per intervento in caso di utilizzo di strutture non convenzionate con il fondo
<b>Pre-ricovero Spese sostenute nei 120gg prima del ricovero</b>	<b>Indennizzo nell'ambito del massimale di riferimento. Esclusivamente in forma rimborsuale</b>	<b>Franchigie/scoperti come per evento principale (ricovero in convenzione, ricovero fuori convenzione)</b>
<b>Intervento chirurgico</b>	<b>Indennizzo nell'ambito del massimale di riferimento</b>	<b>Franchigie/scoperti come per evento principale (ricovero in convenzione, ricovero fuori convenzione)</b>

## **Pre - ricovero**

La presente garanzia comprende:

esami

accertamenti diagnostici

visite specialistiche

effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia è prestata esclusivamente in forma di rimborso all'assicurato.

## **Intervento chirurgico**

La presente garanzia comprende:

onorari dell'équipe chirurgica (primo chirurgo, aiuto, assistente, anestesista) secondo le risultanze del referto operatorio;

diritti di sala operatoria e materiale di intervento.

La tipologia di intervento deve risultare in modo inequivocabile dalla cartella clinica.

<b>Ricovero con intervento chirurgico</b>		
<b><u>Prestazioni</u></b>	<b><u>Massimale</u></b>	<b><u>Franchigia/scoperti</u></b>
Ricovero	€ 150.000,00 annuo	No franchigie, no scoperti in caso di utilizzo: •del Servizio sanitario nazionale •di strutture convenzionate con il fondo
Ricovero fuori convenzione	€ 8.000,00 per sinistro nell'ambito del massimale annuo	Scoperto 20% con minimo non indennizzabile di € 2.000,00 per intervento in caso di utilizzo di strutture non convenzionate con il fondo
<b>Assistenza , cure, medicinali in degenza</b>	Indennizzo nell'ambito del massimale di riferimento <b><u>Sottolimito assistenza infermieristica privata:</u></b> €60,00 al giorno max 30gg	<b>Franchigie/scoperti come per evento principale (ricovero in convenzione, ricovero fuori convenzione)</b>
<b>Retta giornaliera di degenza</b>	Indennizzo nell'ambito del massimale di riferimento. In istituto non convenzionato limite max €300,00 al giorno	<b>Franchigie/scoperti come per evento principale (ricovero in convenzione, ricovero fuori convenzione)</b>
<b>Accompagnatore</b>	Indennizzo nell'ambito del massimale di riferimento. In istituto non convenzionato limite giornaliero € 100,00 max 45 giorni per ciascun anno assicurativo	<b>Franchigie/scoperti come per evento principale (ricovero in convenzione, ricovero fuori convenzione)</b>

## **Assistenza medica /Medicinali e cure in degenza**

La presente garanzia comprende:

prestazioni mediche e infermieristiche;

consulenze medico-specialistiche;

medicinali;

esami;

accertamenti diagnostici;

trattamenti fisioterapici e riabilitativi;

endoprotesi;

Nell'ipotesi di ricorso ad assistenza infermieristica privata individuale, la garanzia è prestata esclusivamente in forma di rimborso; il limite è di Euro **60,00** al giorno per un periodo massimo di **30** giorni per degenza.

## Retta giornaliera di degenza

La presente garanzia comprende la copertura integrale delle spese eventualmente correlate all'utilizzo di camere a pagamento presenti nei ricoveri a carico del Servizio Sanitario nazionale, ovvero nelle strutture sanitarie convenzionate con il Fondo.

Nell'ipotesi in cui la degenza avvenga in un istituto non convenzionato con il Fondo, la presente garanzia è prestata nel limite di **Euro 300,00** al giorno.

Le giornate di degenza e le prestazioni effettuate devono risultare dalla cartella clinica.

**Esclusioni:** non sono comprese in garanzia spese voluttuarie.

## Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento nell'”Istituto di cura” per un accompagnatore dell'assicurato, la presente prestazione verrà corrisposta se debitamente documentata da fatture notule o ricevute.

Nel caso di ricovero in un Istituto non convenzionato con il Fondo la garanzia è prestata con il limite giornaliero di Euro 100,00 e per il massimo di 45 giorni per ciascun anno assicurativo.

<b>Ricovero con intervento chirurgico</b>		
<b><u>Prestazioni</u></b>	<b><u>Massimale</u></b>	<b><u>Franchigia/scoperti</u></b>
Ricoveri	€ 150.000,00 annuo	No franchigie, no scoperti in caso di utilizzo: •del Servizio sanitario nazionale •di strutture convenzionate con il fondo
Ricoveri fuori convenzione	€ 8.000,00 per sinistro nell'ambito del massimale annuo	Scoperto 20% con minimo non indennizzabile di € 2.000,00 per intervento in caso di utilizzo di strutture non convenzionate con il fondo
<b>Trasporto dell'assicurato</b>	<b>Indennizzo nell'ambito del massimale di riferimento. Sottolimito €1.040,00 annuo con raddoppio nel caso di istituto all'estero</b>	<b>Franchigie/scoperti come per evento principale (ricovero in convenzione, ricovero fuori convenzione)</b>
<b>Post-ricovero</b>	<b>Massimale ricoveri Esclusivamente in forma diretta in strutture sanitarie e personale convenzionato con il fondo</b>	<b>Franchigie/scoperti ricoveri</b>

## Trasporto dell'assicurato

Rimborso delle spese debitamente documentate da fatture, notule o ricevute, per il trasporto dell'assicurato, con tutti i mezzi di trasporto, all'istituto di cura con il massimo di € 1.040,00 per annualità assicurativa.

Nel caso in cui l'istituto si trovasse all'estero i massimali di cui sopra di intendono raddoppiati.

## Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici

Medicinali se prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche se certificate all'atto di dimissioni

Trattamenti fisioterapici o rieducativi se certificate all'atto di dimissioni

Le prestazioni di cui sopra devono essere effettuati nei **120** giorni successivi alla cessazione del ricovero e rese necessarie dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato con il Fondo.

<b>Ricovero con intervento chirurgico</b>		
<b><u>Prestazioni</u></b>	<b><u>Massimale</u></b>	<b><u>Franchigia/scoperti</u></b>
Ricoveri	€ 150.000,00 annuo	No franchigie, no scoperti in caso di utilizzo: •del Servizio sanitario nazionale •di strutture convenzionate con il fondo
Ricoveri fuori convenzione	€ 8.000,00 per sinistro nell'ambito del massimale annuo	Scoperto 20% con minimo non indennizzabile di € 2.000,00 per intervento in caso di utilizzo di strutture non convenzionate con il fondo
<b>Trapianti</b>	<b>Indennizzo nell'ambito del massimale di riferimento. Nel caso di donazione da vivente estensione della garanzia anche a quest'ultimo</b>	<b>Franchigie/scoperti come per evento principale (ricovero in convenzione, ricovero fuori convenzione)</b>
<b>Neonati</b>	<b>Indennizzo nell'ambito del massimale di riferimento. Sottolimito €2.000,00</b>	<b>Franchigie/scoperti come per evento principale (ricovero in convenzione, ricovero fuori convenzione)</b>
<b>Indennità sostitutiva</b>	<b>€80,00 per di per i primi 30gg, dal 31° al 100° aumento a €100,00 per di</b>	<b>No</b>

## **Trapianti a seguito di malattia e infortunio**

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, vengono indennizzate le spese previste per il “Ricovero in Istituto di cura per interventi chirurgici a seguito di malattia e infortunio” con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell’organo. In questo caso le prestazioni della garanzia “pre-ricovero” includono 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.

## Neonati

La presente garanzia comprende il rimborso delle spese per grandi interventi chirurgici effettuati **nei primi due anni di vita del neonato** per la correzione di malformazioni congenite.

La garanzia è prestata nell'ambito del massimale relativo al ricovero, con il limite annuo di **Euro 2.000,00 e prescinde dall'estensione della copertura al nucleo familiare, essendo attiva a favore del neonato che risulti a carico dell'assicurato.**

### 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 Euro 80,00 per ogni giorno di ricovero, per i primi 30 giorni di ricovero. L'indennità verrà elevata a Euro 100,00 per ogni giorno di ricovero, a partire dal 31° giorno fino al 100° giorno di ricovero.

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

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE		
<u>Prestazioni</u>	<u>Massimale</u>	<u>Franchigia/scoperti</u>
Alta diagnostica e terapie di alta specializzazione	€6.000,00	<p><b>Nell'ambito del servizio sanitario nazionale:</b> rimborso integrale dei ticket sanitari.</p> <p><b>Nelle strutture convenzionate:</b> Applicazione della franchigia di € 25,00 per accertamento o ciclo di terapie.</p> <p><b>Nelle strutture non convenzionate:</b> Applicazione dello scoperto del 25% con minimo non indennizzabile di € 55,00.</p>

**Massimale accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione**

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni in questione corrisponde a **Euro 6.000,00** .

## Condizioni di rimborso

### **Servizio Sanitario Nazionale**

Rimborso integrale, nell'ambito del massimale, di eventuali spese per ticket sanitari. In tal caso, l'interessato dovrà presentare ai fini dell'indennizzo, unitamente al ticket per il quale è avanzata la richiesta di rimborso, una fotocopia dell'impegnativa rilasciata dal medico curante (l'originale verrà trattenuto dalla struttura sanitaria che eroga il servizio diagnostico).

### **Utilizzo di strutture convenzionate con il Fondo**

Le spese vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate con l'applicazione di una franchigia di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. La franchigia dovrà essere versata alla struttura sanitaria dall'assicurato all'atto della fruizione della prestazione.

### **Utilizzo di strutture non convenzionate con il Fondo**

Le spese sostenute vengono rimborsate con applicazione dello scoperto del 25% con un minimo non indennizzabile di Euro 55,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

**N.B.:** Nel caso di utilizzo di strutture sia convenzionate che non, l'interessato dovrà presentare ai fini dell'indennizzo, unitamente alla documentazione comprovante l'avvenuto pagamento, la prescrizione, in originale, del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

## **Prestazioni:**

### **Alta diagnostica di immagine**

Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)

Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)

Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)

Medicina Nucleare in Vivo

## **Prestazioni:**

### **Diagnostica radiologica tradizionale**

Clisma opaco semplice e a doppio contrasto

Colangiografia

Colecistografia

Mammografia

Scialografia

Urografia

Tomografia (Stratigrafia) di Organi o Apparati

Rx ortopantomica

Rx di organo o apparato o colonna vertebrale totale anche senza mezzo di contrasto

## **Prestazioni:**

### **Esami contrastografici**

Angiografia

Artrografia

Broncografia

Colangiografia

Isterosalpingografia

Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica

### **Diagnostica strumentale**

Elettromiografia

Elettroencefalogramma

## **Prestazioni:**

### **Terapie**

Chemioterapia

Radioterapia

Dialisi

<b>Assistenza extraospedaliera</b>	
<b><u>Prestazioni</u></b>	<b><u>Massimale, franchigia/scoperti</u></b>
Interventi di piccola chirurgia ambulatoriale	La prestazione è erogata nell'ambito dei massimali previsti per i ricoveri (€ 150.000,00) No franchigie, no scoperti in caso di utilizzo: •del Servizio sanitario nazionale •di strutture convenzionate con il Fondo Massimale di € 8.000,00 per ricovero e scoperto 20% con minimo non indennizzabile di € 2.000,00 per intervento in caso di utilizzo di strutture non convenzionate
Visite specialistiche	<b>Servizio sanitario nazionale:</b> rimborso ticket sanitari, massimale illimitato <b>Strutture sanitarie e personale convenzionato:</b> franchigia di € 30,00 per ogni visita specialistica, massimale illimitato <b>Strutture sanitarie e personale non convenzionato:</b> massimale di € 30,00 per ogni visita specialistica
Accertamenti diagnostici e pronto soccorso	Prestazione erogata solo nella forma di rimborso dei ticket sanitari.
Utilizzo di lenti per occhiali correttive della vista	<b>Massimale triennale € 120,00</b> L'indennizzo rappresenta il massimo esborso della società per un periodo di tre anni a decorrere dalla data del primo documento di spesa
Prestazioni odontoiatriche	<b>Massimale annuo € 200,00.</b> Prevede il pagamento del 70% della spesa sostenuta con il massimo rimborso di € 200,00 per anno (per anno si intende il periodo di 12 mesi decorrenti dal primo documento di spesa)

## **Interventi di piccola chirurgia ambulatoriale**

La presente garanzia copre le spese sostenute per fronteggiare gli interventi di piccola chirurgia ambulatoriale, fatta eccezione per quelli eseguiti a scopo prevalentemente estetico o comunque non conseguenti ad una patologia.

Il tipo di intervento deve risultare inequivocabilmente da opportuna certificazione rilasciata dal medico che ha eseguito la prestazione.

Per ciò che concerne le modalità e la misura del rimborso si fa riferimento al massimale e alla modalità prevista nel piano sanitario “Ricoveri con interventi chirurgici a seguito malattia o infortunio”

## Visite specialistiche

Il presente piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio; sono escluse dall'ambito di operatività della garanzia in questione le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita, nonché le visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica, al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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.

Nel caso in cui l'assicurato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico. In tal caso, l'interessato dovrà presentare alla Società, unitamente al ticket per il quale è avanzata la richiesta di rimborso, una **fotocopia** dell'impegnativa rilasciata dal medico curante (l'originale verrà trattenuta dalla struttura sanitaria che eroga il servizio diagnostico).

## Condizioni di rimborso visite specialistiche

Nel caso di **utilizzo di strutture sanitarie convenzionate** con il Fondo, le spese per le prestazioni erogate all'assicurato vengono pagate direttamente dalla Società alle strutture interessate, con l'applicazione di una franchigia di **Euro 30,00** per ogni visita specialistica, che l'assicurato dovrà versare alla struttura sanitaria all'atto della fruizione della prestazione. L'assicurato dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso di **utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate** con il Fondo, ogni prestazione verrà indennizzata con il massimo di **€ 30,00**. L'assicurato dovrà presentare la ricevuta della spesa sostenuta.

## Accertamenti diagnostici e pronto soccorso

Il presente piano sanitario prevede la **copertura integrale** dei soli ticket sanitari per accertamenti diagnostici effettuati dal Servizio Sanitario Nazionale, diversi da quelli indicati dalle prestazioni previste dal piano sanitario denominato “Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione” e conseguenti a malattia o a infortunio. Per ottenere il rimborso l'assicurato dovrà presentare alla Società, unitamente al ticket comprovante l'avvenuto pagamento, una **fotocopia** dell'impegnativa del medico curante.

Rientrano nell'ambito di copertura del presente piano sanitario anche i ticket per interventi di pronto soccorso, per i quali è previsto un rimborso in **misura integrale**.

I ticket dovranno essere trasmessi al Fondo con cadenza trimestrale.

## **Utilizzo di lenti per occhiali correttive della vista (a contatto o per occhiali)**

Il presente piano sanitario prevede il pagamento di un indennizzo forfetario pari ad **€120,00**.

Il predetto contributo ha validità triennale a decorrere dalla data del primo documento di spesa.

In deroga a quanto sopra, il contributo è riconosciuto annualmente (a decorrere dalla data del primo documento di spesa) nel caso di nuove lenti correttive della vista conseguenti a:

glaucoma;

interventi chirurgici (quali cataratta, distacco di retine ecc.) per il solo anno successivo all'intervento;

## **Prestazioni odontoiatriche**

visita odontoiatrica

Igiene orale

Paradontologia

Chirurgia orale

Conservativa

Endodonzia

Implantologia

Implanto-protesi

Protesi fisse

Protesi rimovibili

Gnatologia

Ortodonzia (solo fino a 14 anni)

## Prestazioni odontoiatriche

Nel caso in cui l'assicurato si avvalga di una struttura del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari nell'ambito del massimale.

Per i trattamenti effettuati presso strutture private, il Fondo prevede il pagamento di un contributo pari al **70% della spesa** sostenuta come risultante dalla fattura.

Per il complesso delle prestazioni rientranti nell'ambito della presente copertura è previsto un massimale annuo pari ad **Euro 200,00**.

Ai fini del rimborso, l'assicurato dovrà presentare la documentazione comprovante le prestazioni; in ogni caso, la Società si riserva il diritto di richiedere le ortopanoramiche di inizio e fine cura e/o una visita medica di controllo.

<b>Pacchetto maternità</b>	
<b><u>Prestazioni</u></b>	<b><u>Massimale, franchigia/scoperti</u></b>
Rimborso spese e analisi durante il periodo di gravidanza	<b>Massimale €700,00</b>
Parto – indennità da ricovero	€ 80,00 per ogni giorno di ricovero per un max di 7 giorni. Gli importi previsti a titolo di indennità di ricovero sono in aggiunta al massimale annuo di € 700,00 sopra menzionato

## Pacchetto maternità

Il presente piano sanitario prevede il rimborso delle ecografie e delle analisi clinico chimiche effettuate durante il periodo di gravidanza.

Tali prestazioni potranno essere somministrate anche dalle strutture sanitarie convenzionate con il Fondo, con applicazione di tariffe agevolate e garanzia in forma rimborsuale.

Per il complesso delle prestazioni rientranti nell'ambito della presente copertura è previsto un massimale annuo pari ad **Euro 700,00**.

In occasione del parto e previa presentazione della relativa cartella clinica, la presente copertura prevede altresì, **in aggiunta a quanto sopra**, il pagamento di un'indennità di **Euro 80,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **7** giorni per ogni ricovero. Gli importi corrisposti a titolo di indennità di ricovero non andranno a smontare il limite annuo di Euro 700,00 sopra menzionato, valido solo per le prestazioni diagnostiche.

<b>Pacchetto prevenzione</b>	
<b><u>Prestazioni</u></b>	<b><u>Massimale, franchigia/scoperti</u></b>
Prevenzione di patologie cardiovascolari e Rischio oncologico	<b>Ogni 2 anni esclusivamente in regime di convenzionamento</b>

## Pacchetti prevenzione

Il presente piano sanitario prevede la copertura delle spese relative a specifici programmi di prevenzione definiti, nell'ottica di agevolare l'individuazione dei fattori di rischio relativi alle patologie più frequenti.

Il piano di prevenzione attualmente disponibile prevede la copertura, ogni due anni, delle seguenti prestazioni da effettuarsi esclusivamente presso le strutture convenzionate indicate dalla Centrale Operativa.

**Analisi di base e prevenzione di patologie cardiovascolari**

Prelievo venoso	Trigliceridi
AST-ALT	Azotemia
Creatinina	Gamma GT
Glicemia	PTT
Colesterolo totale	PT
Esame urine	P.C.R.
VES	T.O.R.C.H.
Elettrocardiogramma	HDL-LDL
Emocromo	Dosaggio omocisteina

## Prevenzione del rischio patologie oncologiche

### **Prestazioni previste per le donne**

Con età pari o superiore a 29 anni: PAP test, ecografia mammaria

Con età pari o superiore a 45 anni: Mammografia, Ecodoppler tronchi sovraortici

### **Prestazioni previste per gli uomini**

Con età pari o superiore a 45 anni: PSA (specifico antigene prostatico), ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni, Ecodoppler tronchi sovraortici

**Viene data la possibilità di estendere la copertura anche al nucleo familiare con le modalità precedentemente esplicitate.**

**Di seguito elenchiamo le principali caratteristiche “per differenza” tra la polizza del singolo dipendente assicurato e la copertura dell’eventuale nucleo.**

**Pertanto le successive tavole elencheranno esclusivamente le prestazioni e i massimali che vengono modificati nella copertura per effetto dell’inserimento del nucleo familiare, fermo restando l’impianto dei piani sanitari garantiti al singolo dipendente assicurato.**

## **Assistenza infermieristica privata individuale**

Il limite di € **60,00** al giorno per un periodo massimo di 30 giorni per degenza per persona è portato a 110 giorni per nucleo familiare.

## **Trasporto dell'assicurato**

Il limite è stato innalzato da € 1.040,00 a € 2.000,00 per nucleo

## **Indennità sostitutiva**

Portata da 100 a 300 giorni per nucleo familiare e annualità assicurativa.

## **Utilizzo di lenti per occhiali correttive della vista**

€ 120,00 per ogni componente del nucleo

il contributo è riconosciuto annualmente (a decorrere dalla data del primo documento di spesa) nel caso di nuove lenti correttive della vista conseguenti variazione del visus per i soggetti che non abbiano compiuto i 14 anni di età.

## **Prestazioni odontoiatriche**

€ 150,00 per ogni componente del nucleo

## **Chirurgia pediatrica**

Garanzia aggiunta nei ricovero con intervento

## **CHIRURGIA PEDIATRICA (0-14 anni)**

Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)

Correzione chirurgica di atresie e / o fistole congenite

Correzione chirurgica di megauretere congenito

Correzione chirurgica di megacolon congenito

Idrocefalo ipersecreativo

Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)

Atresia dell'esofago

## **CHIRURGIA PEDIATRICA (0-14 anni)**

Fistola dell'esofago

Atresia dell'ano semplice –abbassamento addomino perineale

Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare-abbassamento addomino perineale

Esteratoma sacrococcigeo

Nefrectomia per tumore di Wilms

Fistole e cisti del canale onfalomesentrico con resezione intestinale

### **Non saranno ammessi i rimborsi delle spese nei seguenti casi:**

Cure rese necessarie a seguito di incidenti traumatici se coperti da assicurazione per legge, per contratto di lavoro, o a cura dell'azienda.

Cure rese necessarie a seguito di fatto di terzo responsabile.

Cure rese necessarie a seguito di partecipazioni a gare sportive o avvenimenti agonistici.

Interventi o cure aventi carattere estetico, fatti salvi quelli ricostruttivi previsti dal Nomenclatore o certificati da una struttura pubblica ovvero i casi ritenuti eccezionali da parte della Società.

Forme dichiaratamente TBC, assistite dall'INPS.

Forme morbose coperte da altra assicurazione per legge.

Cure, interventi, prestazioni in genere, non supportate da prescrizione medica completa di diagnosi, con l'indicazione della tipologia e numero di prestazioni e relativi documenti di spesa intestati all'assicurato.

Ricoveri a rimborso, non supportati da cartella clinica in copia, timbrata dall'ospedale/istituto di cura infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);