

**POLIZZA COLLETTIVA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE A FAVORE DEL PERSONALE
DIPENDENTE DI SPORT E SALUTE S.P.A. E DEGLI ENTI ADERENTI**

La presente polizza è stipulata tra

CASSA DI ASSISTENZA

VIA _____

C.F. _____

Per l'Associato

SPORT E SALUTE S.P.A.

LARGO LAURO DE BOSIS, 15

00135 Roma

C.F. 07207761003

e

SOCIETA' ASSICURATRICE

Durata del Contratto:

Dalle ore 24 del 30.06.2024

Alle ore 24 del 30.06.2027

Con scadenza dei periodi di assicurazione successivi al primo, fissati al 30.06 di ogni anno.

PREMESSA	5
DEFINIZIONI	6
SEZIONE I – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	12
1. Durata del contratto	12
2. Pagamento e regolazione del premio.....	12
3. Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro.....	13
4. Obblighi dell'Assicuratore – Attività di supporto e assistenza	13
5. Oneri a carico dell'assicuratore	15
6. Obbligo della Società di fornire dati sull'andamento del rischio.....	15
7. Criteri di liquidazione.....	17
8. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – variazione del rischio	17
9. Revisione del prezzo	18
10. Recesso	18
11. Altre assicurazioni.....	19
12. Modifica delle condizioni di assicurazione	19
13. Forma delle comunicazioni dell'Associato alla Società	19
14. Tutela della Privacy.....	19
15. Oneri fiscali	19
16. Foro Competente.....	19
17. Interpretazione del contratto	20
18. Coassicurazione e delega (da specificarsi in fase di contrattualizzazione della polizza)	20
19. Clausola Broker	20
20. Tracciabilità dei flussi finanziari	21
21. Termini di prescrizione	21
22. Rinvio alle norme di legge	21
23. Commissione paritetica	21
24. Rinuncia al recesso dal contratto	22
25. Rinuncia al diritto di rivalsa	22
26. Anticipi.....	22
SEZIONE II – MODALITA' DI EROGAZIONE E CRITERI DI LIQUIDAZIONE.....	23

1. Regime di convenzionamento diretto	23
2. Regime rimborsuale.....	23
SEZIONE III – PIANO BASE.....	25
Soggetti assicurati.....	25
Inclusione ed esclusione degli assistiti	25
Oggetto dell'assicurazione	27
1.1 RICOVERO	28
1.2 RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI	30
1.3 GRAVI EVENTI MORBOSI.....	33
1.4 ALTA SPECIALIZZAZIONE	34
1.5 ASSISTENZA MEDICA E/O INFERMIERISTICA PER PATOLOGIE INFAUSTE.....	35
1.6 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	36
1.7 CURE FISIOTERAPICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO	37
1.8 CURE ODONTOIATRICHE.....	37
1.9 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO.....	38
1.10 LENTI	38
1.11 PACCHETTO MATERNITÀ	38
1.12 CURE PER IL NEONATO NEI PRIMI 30 GIORNI	39
1.13 MEDICINA PREVENTIVA – valida per il solo Titolare.....	39
1.14 GARANZIA DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE – valida per il solo Titolare.....	40
SEZIONE IV – PIANO INTEGRATIVO	44
Soggetti assicurati.....	44
Inclusione ed esclusione degli assistiti	44
Oggetto dell'assicurazione	47
2.1 RICOVERO	47
2.2 RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI	48
2.3 GRAVI EVENTI MORBOSI.....	48
2.4 ALTA SPECIALIZZAZIONE	48
2.5 ASSISTENZA MEDICA E/O INFERMIERISTICA PER PATOLOGIE INFAUSTE.....	50
2.6 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	50

2.7 CURE FISIOTERAPICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO	51
2.8 CURE ODONTOIATRICHE.....	51
2.9 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO.....	52
2.10 LENTI	52
2.11 PACCHETTO MATERNITA'	52
2.12 CURE PER IL NEONATO NEI PRIMI 30 GIORNI	52
2.13 MEDICINA PREVENTIVA – valida per il solo Titolare.....	52
2.14 GARANZIA DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE – valida per il solo Titolare.....	52
SEZIONE V – LIMITAZIONI.....	53
1. Estensione territoriale	53
2. Limiti di età	53
3. Esclusioni dalla copertura	53
ALLEGATO 1 – QUADRO SINOTTICO DELLE PRESTAZIONI	55
ALLEGATO 2 – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	60
ALLEGATO 3 – ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI.....	63

PREMESSA

Il presente Capitolato regola la stipula di una Polizza assicurativa/Convenzione sanitaria con Sport e Salute S.p.A. con sede in Largo Lauro De Bosis, n. 15 – 000135 ROMA, relativa al rimborso delle spese sostenute dai propri dipendenti per le prestazioni sanitarie previste dal presente Capitolato.

Si precisa che l'Aggiudicatario si impegna sin d'ora, qualora richiesto, ad estendere i termini e le condizioni del suddetto Capitolato tecnico alle Società ed Enti richiedenti indicati all'interno del Disciplinare di gara.

Qualora le suddette Società alla decorrenza di questa convenzione avessero già in corso una propria copertura assicurativa attenderanno la scadenza di quest'ultima per richiedere l'attivazione della presente convenzione.

Le prestazioni oggetto della presente assicurazione confluiranno all'interno del Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 della Cassa di Assistenza sanitaria che la Compagnia dovrà garantire.

Le relative spese di adesione alla Cassa di Assistenza dovranno essere ricomprese nei premi pattuiti.

Il servizio è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente regolato dalle condizioni del presente Capitolato Tecnico, valgono le norme di legge.

Se non diversamente specificato i termini temporali espressi nel presente documento sono tutti da intendersi come solari.

La presente copertura è strutturata in:

- PIANO BASE operante per i soggetti di cui all'art. "Soggetti assicurati" SEZIONE III
- PIANO INTEGRATIVO ad adesione facoltativa operante per i soggetti di cui all'art. "Soggetti assicurati" SEZIONE IV

DEFINIZIONI

Ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

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.
Annualità Assicurativa	Il periodo compreso dalle ore 24 del 30 giugno e le ore 24 del 30 giugno di ciascun anno in cui è operante la polizza assicurativa/convenzione sanitaria.
Assicurato	La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla Copertura
Assicuratore o Società	La Compagnia di Assicurazione, o il Fondo Sanitario, che a seguito di aggiudicazione assume il rischio delle prestazioni oggetto del servizio.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione o la convenzione sanitaria sottoscritto dalle Parti
Assistenza diretta	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso i centri convenzionati con l'Assicuratore senza anticipare la spesa, ma delegando l'Assicuratore al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante.
Assistenza indiretta	Il pagamento da parte della Società all'Assicurato di quanto dovuto a termini di polizza, dietro presentazione delle relative fatture, notule, distinte e ricevute.
Assistenza Infermieristica	L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico titolo di studio.
Associato/Ente	Sport e Salute Spa, Largo Lauro de Bosis 15, 00135 Roma, associato al Contraente.
Beneficiario	Il soggetto o i soggetti ai quali la Società deve liquidare l'indennizzo.
Broker	AON Roma, Via Cristoforo Colombo 149 C.A.P. 00147

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 remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.)
Cassa di Assistenza	La Cassa assistenziale, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di Legge a ricevere i contributi e assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
Centrale Operativa	La struttura, raggiungibile tramite numero verde, con orario 09.00 - 18.00, nei giorni feriali dal lunedì al venerdì, e tramite casella di posta elettronica, che provvede alla gestione del circuito di Istituti di cura e medici convenzionati, al contatto telefonico con l'Assicurato che voglia accedere agli stessi e a fornire informazioni sulla gestione amministrativa relativa all'erogazione delle prestazioni previste dai pacchetti sanitari.
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 terapeuti che di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.
Contraente	La Cassa di Assistenza proposta dalla Compagnia di cui SPORT E SALUTE S.P.A risulterà associata
Convalescenza	Periodo dopo le dimissioni dall'Istituto di cura che comporti una inabilità temporaneo totale.
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 di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
Data evento	Per i ricoveri si intende quella in cui avviene il Ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive, anche, eventualmente, non più in vigenza di copertura) rimborsabili a termini della

	copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.
Degenza domiciliare	La convalescenza trascorsa a domicilio su prescrizione risultante da certificato medico.
Difetto Fisico	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite e/o derivante da anomalia congenita.
Documentazione medica	Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici.
Documentazione di spesa	Documentazione di spesa, comprese le notule e le ricevute dei farmaci.
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.
Grave Evento Morboso	Eventi riportati nell'Allegato 3 al presente Capitolato
Indennità Sostitutiva	L'importo giornaliero erogato dall'Assicuratore per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio, del parto o dell'aborto terapeutico; l'indennità viene riconosciuta in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post ricovero che verranno comunque rimborsate secondo le modalità e i limiti specificamente indicati).
Indennizzo	La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento Chirurgico	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini curativi e terapeutici.
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post- intervento.

Intramoenia	Prestazione sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di 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	Ospedale, clinica a istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti autorità, in base a 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 o deputate alle lungodegenze (RSA).
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 Istituto di Cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattie mentali	Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) Ricomprese nel capitolo V della Revisione della classificazione Internazionale delle Malattie (ICD- 10 dell'OMS).
Malformazione	Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile in base a sintomi prima della stipulazione delle polizze.
Massimale	L'importo stabilito nel contratto e negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la società si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato/ dipendente per le relative garanzie e/o prestazioni previste, per ciascun anno assicurativo. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

Network	Rete convenzionata, costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialistici e Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.....it
Nucleo Familiare	L'Assicurato ed ogni suo familiare discendente, il coniuge, anche non fiscalmente a carico e non convivente purché non legalmente separato o divorziato, figli fiscalmente a carico anche se non conviventi e figli conviventi anche se non fiscalmente a carico. Il convivente "more uxorio", compresi i figli conviventi del convivente "more uxorio ". Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidatari.
Personale medico e sanitario	I professionisti convenzionati con l'Assicuratore ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza. Il medico capo-equipe che ha sottoscritto l'accordo di convenzionamento con l'Assicuratore. Se il primo medico/operatore non è convenzionato, di conseguenza l'intera equipe è ritenuta non convenzionata. Altresì se il medico capo-equipe è convenzionato deve provvedere affinché tutti i componenti dell'equipe si attengano alle norme ed alle tariffe di convenzione. In caso contrario, l'intera equipe sarà considerata non convenzionata.
Portale / App	La piattaforma web (Portale) messa a disposizione dall'Aggiudicatario per la gestione di tutti i servizi ricompresi nel presente Capitolato a favore degli Assicurati. L'Applicazione (APP) utilizzabile tramite i principali sistemi operativi presenti sul mercato (Android, IOS, ecc) per la fruizione da parte degli Assicurati di tutti i servizi messi a disposizione tramite Portale / App.
Premio/Contributo	La somma dovuta dall'Associato alla Società a corrispettivo dell'Assicurazione, compreso il contributo di adesione alla Cassa di assistenza e tutti gli eventuali oneri fiscali.
Protesi ortopediche	Sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio gli ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Retta di degenza	Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una S.D.O. (Scheda di Dimissione Ospedaliera).
Rischio	La probabilità che si verifichi un sinistro.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'Indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.
Società	La Compagnia di Assicurazione
Struttura Sanitaria Convenzionata	Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Compagnia ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.
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 polizza 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. Ogni ciclo di Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.
Visita specialistica	La prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni 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 e pediatria

SEZIONE I – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1. Durata del contratto

Il contratto stipulato tra la Società e la Contraente ha durata di 36 mesi, dalle ore 24:00 del 30/06/2024 alle ore 24:00 del 30/06/2027, con facoltà di disdetta riconosciuta alla Compagnia di Assicurazione a partire dalle ore 24:00 del termine della seconda scadenza annuale ed alla successiva scadenza annuale a condizione che la disdetta venga comunicata a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, con un preavviso di 270 giorni rispetto alla scadenza annuale.

L'Ente può recedere dal contratto a partire dalle ore 24.00 del termine della prima scadenza annuale ed alle successive scadenze annuali con preavviso di 60 giorni, senza che la Compagnia possa vantare alcun diritto e/o indennità.

È facoltà dell'Ente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la naturale scadenza, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento o al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova polizza. In tal caso la Società si impegna sin d'ora, a prorogare l'assicurazione per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza; il relativo rateo di premio, conteggiato in pro-rata temporis, verrà corrisposto dall'Associato entro 90 (novanta) giorni dalla data di ricezione del relativo documento correttamente emesso dalla Società. Nel caso in cui l'Associato eserciti l'opzione di proroga tecnica del contratto, gli importi dei massimali del presente Capitolato dovranno intendersi riproporzionati alla durata della proroga stessa. La Società non potrà rifiutare tale proroga.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno suindicato, prescindendo dal pagamento della prima rata di perfezionamento del contratto.

2. Pagamento e regolazione del premio

Il Premio complessivo annuo dovuto da Sport e Salute S.p.A. e dalle aziende associate viene corrisposto anticipatamente a titolo di acconto per il periodo di 12 mesi e verrà versato entro 60 giorni dalla richiesta di pagamento del premio da parte della Società.

Tale acconto, per ciascuna annualità assicurativa, viene determinato moltiplicando il Premio individuale annuo di aggiudicazione per il numero di Assicurati all'inizio dell'annualità assicurativa.

Al termine dell'annualità assicurativa viene determinato il numero di Assicurati che hanno goduto della copertura assicurativa e non erano stati computati nella determinazione dell'acconto.

Sport e Salute S.p.A. e le aziende associate verseranno alla Società/Cassa di Assistenza il premio a conguaglio derivante dalle eventuali inclusioni in copertura avvenute durante l'annualità assicurativa entro 60 giorni dalla richiesta di pagamento da parte della Società/Cassa di Assistenza. Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi,

12 di 63

l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. I premi devono essere pagati alla Società/Cassa di Assistenza o al Broker di assicurazioni che gestisce la presente assicurazione.

Ai fine del calcolo del premio, la Società/Cassa di Assistenza, per il tramite del Broker, fornirà a Sport e Salute S.p.A. e le aziende associate un file excel contenente i nominativi degli assicurati comprensivo di ogni altra informazione utile alla determinazione del premio annuale.

Ai sensi dell'art 48 del DPR 602/1973 e sue successive modificazioni, integrazioni, sostituzioni, la Società dà atto che:

- L'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D.M.E.F del 18/01/2008 n 40 e sue successive modificazioni, integrazioni, sostituzioni, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art 3 del Decreto citato e s.m.i;
- Il pagamento effettuato dal contraente direttamente all'Agenzia di riscossione ai sensi dell'art 72 bis del DPR 602/1973 e sue successive modificazioni, integrazioni, sostituzioni costituisce adempimento ai fini del pagamento del premio nei confronti della società stessa;
- I termini per il pagamento del premio di cui ai primi due commi del presente articolo, si intendono aumentati di ulteriori giorni 30 o del maggior termine previsto qualora il termine di sospensione previsto ai sensi del D.M.E.F del 18/01/2008 n 40 e sue successive modificazioni, integrazioni, sostituzioni, risulti ancora operativo al compimento del sessantesimo giorno dalla data di effetto della polizza o da ciascuna scadenza di rata.

3. Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato deve presentare denuncia alla Società/Cassa con la massima sollecitudine possibile a partire dal momento in cui ne viene a conoscenza, nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni sia in modalità diretta che rimborsuale, presentando la documentazione.

4. Obblighi dell'Assicuratore – Attività di supporto e assistenza

Per la gestione delle pratiche la Società dovrà garantire agli assistiti:

- A. Un portale web** per l'invio delle richieste di rimborso e della documentazione sanitaria, che consente, tra l'altro, di evitare l'utilizzo del supporto cartaceo. Ciò in ottemperanza alla disciplina del Codice per la protezione dei dati personali, sia in termini di informativa

al trattamento che in termini di misure di sicurezza, anche in considerazione della particolare tipologia di dati trattati (dati sulla salute), il portale web garantisce:

- la funzionalità di gestione avanzata e in sicurezza delle credenziali di accesso (cambio password al primo accesso, recupero username e password, ecc.);
- la semplicità di accesso e d'uso con idonei contenuti informativi per ciascuna tipologia di rimborso;
- la possibilità di effettuare l'upload dei documenti giustificativi delle spese;
- la possibilità per gli assistiti di disporre di un elenco, anche su supporto cartaceo, delle prestazioni erogate per anno solare, sia in regime di assistenza diretta che in regime di assistenza indiretta, con indicazione degli importi in franchigia fiscalmente detraibili.

Nel portale inoltre è presente **un documento illustrativo sintetico** delle condizioni di assistenza sanitaria per gli Assicurati.

B. La Società garantisce un servizio di help desk, di cui potranno servirsi gli Assicurati per avere informazioni circa la gestione delle pratiche di rimborso o per risolvere eventuali problematiche inerenti l'utilizzo del portale. Il servizio è fruibile attraverso i seguenti canali:

- numero verde gestito da call center dedicato dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00
- indirizzo mail dedicato.

Si precisa che i tempi di attesa risposta del Call center dedicato devono essere obbligatoriamente inferiori a 5 minuti. I tempi di risposta a mezzo e-mail un giorno lavorativo.

C. La Società mette a disposizione degli assistiti un'APP/Portale web le cui principali funzionalità sono le seguenti:

- prenotare visite ed esami presso le strutture sanitarie convenzionate: l'assicurato può prenotare in autonomia l'appuntamento con la struttura sanitaria e lo comunica alla Società;
- visualizzare l'agenda con i prossimi appuntamenti per visite ed esami, modificarli o disdirli;
- chiedere il rimborso delle spese per le prestazioni semplicemente caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti per il rimborso;
- consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso. È possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesto dalla Società;
- ricevere notifiche in tempo reale con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso.

5. Oneri a carico dell'assicuratore

Sono a carico dell'Assicuratore, intendendosi remunerati con il corrispettivo contrattuale, tutti gli oneri, i rischi e le spese relativi alla prestazione del servizio assicurativo, nonché ad ogni attività che si rendesse necessaria per la prestazione del servizio stesso o, comunque, opportuna per un corretto e completo adempimento delle obbligazioni previste, ivi compresi quelli relativi a eventuali spese di trasporto, viaggio e missione per il personale addetto all'esecuzione contrattuale. Rientra pertanto tra gli oneri a carico dell'Assicuratore la remunerazione del Broker per le attività prestate.

6. Obbligo della Società di fornire dati sull'andamento del rischio

Entro i 15 (quindici) giorni solari successivi al termine di ogni trimestre, la Società nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire alla Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della polizza. Tale elenco, che dovrà essere fornito in formato pdf e in formato Excel tramite *file* modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura), e riportare il riepilogo delle prestazioni erogate, sarà così suddiviso:

- Tipologia di prestazione
- Numero del sinistro attribuito dalla Compagnia
- Data di accadimento dell'evento;
- Data di denuncia del sinistro;
- Tipologia di copertura (Base, Integrativa)
- Contraente del certificato
- Tipo di assicurato (Dipendente, Dirigente, Membri del Consiglio, Familiare Dipendente, Familiare Dirigente, Familiare Membri del Consiglio);
- Stato del sinistro ("aperto", "chiuso", "chiuso senza seguito");
- N° Sinistri respinti con indicazione dell'importo della fattura e della motivazione a riguardo;
- Importo fattura;
- Importo liquidato;
- Importo riservato;
- Canale di erogazione (rete, fuori rete, SSN).

					Andamento sinistri alla data del _____ Polizza n. _____ Anno _____										
Tipologia prestazione	Numer o Sinistro	Data di accadimento	Data di denuncia	Tipo di Assicurato	Stato del sinistro	Tipologia copertura	Contraente certificato	Tipo di assicurato	Stato sinistro	Importo fattura	Importo liquidato	Importo riservato	Canale	Respinto (S/N)	Respinto SI = indicare Motivazione

15 di 63

Capitolato Rimborso Spese Mediche

Ricovero per Grandi Interventi															
Ricovero per Gravi Eventi morbosi															
Ricovero con/senza intervento chirurgico															
Intervento Chirurgico ambulatoriale															
Day Hospital															
Parto Spontaneo															
Indennità sostitutiva															
Interventi per correzione/eliminazione dei vizi della vista															
Indennità da convalescenza a seguito di GI e GEM >20 gg															
Alta Specializzazione															
Assistenza medica e/o infermieristica per patologie infauste															
Visite Specialistiche e accertamenti Diagnostici															
Cure fisioterapiche a seguito di infortunio															
Cure odontoiatriche															
Cure Dentarie da infortunio															
Lenti															
Pacchetto maternità															
Cure per il neonato nei primi 30 giorni															
Garanzia per non autosufficienza permanente - LTC															
Medicina Preventiva															

16 di 63

Sport e Salute S.p.A.
Largo Lauro de Bosis, 15
00135 Roma
C.F. 07207761003

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono all'Associato di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate o con ulteriori dati ad integrazione. Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 15 (quindici) giorni solari dalla ricezione della richiesta inviata tramite PEC dall'Associato e/o dal Broker.

7. Criteri di liquidazione

- La Società si impegna a **liquidare i sinistri entro 20 giorni (solari)** dalla presentazione della documentazione completa attinente la pratica (copia di documentazione medica, copia fotostatica della documentazione di spesa, da cui risulti il relativo quietanzamento, ed eventuale documentazione specifica richiesta, ad es. denuncia dei redditi).
- Si precisa che il termine suddetto è **ridotto a 7 giorni in caso di rimborso dei ticket e di corresponsione dell'indennità ospedaliera.**
- In caso di ricevimento parziale della documentazione medica, **la Società comunica all'Assicurato entro 20 giorni** dal ricevimento l'avviso di documentazione incompleta e, se superati 30 giorni dalla data della prima richiesta di rimborso, l'Impresa **effettua la liquidazione entro 5 giorni** dal ricevimento della documentazione integrativa mancante.

8. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – variazione del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tuttavia l'omissione da parte del Contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

17 di 63

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'assicurato che comporteranno l'applicazione delle norme di cui presente articolo. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

9. Revisione del prezzo

- a. Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo *Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – variazione del rischio*, la Società, decorsi almeno 12 mesi dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo *Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – variazione del rischio* e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 60 e 120 del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii., la revisione del premio o delle condizioni contrattuali, entro il limite massimo del 5%.
- b. Il Contraente, entro 30 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.
In caso di accordo tra le Parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.
In caso di disaccordo, si applica quanto previsto al successivo articolo *Recesso*.

10. Recesso

In caso di mancato accordo ai sensi del paragrafo *"Revisione del prezzo"* tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione, mediante comunicazione da effettuarsi al Contraente a mezzo posta elettronica certificata, inserendo in copia conoscenza il Broker. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

18 di 63

La facoltà di recesso si esercita entro 60 giorni dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo Revisione del prezzo presentata dalla Società ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 30 giorni dalla ricezione della controproposta del Contraente.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 6 mesi.

Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio ad esso spettante.

11. Altre assicurazioni

L'Associato è esonerato dall'obbligo di denunciare all'Assicuratore l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da esso stipulate per il medesimo rischio.

12. Modifica delle condizioni di assicurazione

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dal presente capitolato potrà essere introdotta e/o imposta dall'Assicuratore fatte salve le variazioni consentite e disciplinate dall'art. 120 del D.Lgs. 36/2023. Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

13. Forma delle comunicazioni dell'Associato alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali l'Associato è tenuto, devono essere fatte con e-mail o PEC indirizzate al Broker al quale l'Associato ha conferito incarico per la gestione della polizza.

14. Tutela della Privacy

La Società e la Cassa di Assistenza si impegnano in qualsiasi circostanza, all'osservanza ed al rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/2003 (Codice della Privacy) e s.m.i. e dal Regolamento 2016/679/UE (GDPR) in merito al trattamento dei dati e delle informazioni sensibili relative agli Assicurati.

A tal fine dichiara di assumere la piena e completa responsabilità, con ciò esonerando l'Ente Associato a tutti gli effetti.

15. Oneri fiscali

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

16. Foro Competente

Per ogni controversia che dovesse insorgere tra il Contraente/Associato e la Compagnia

19 di 63

Assicuratrice riguardante l'esecuzione della presente Polizza è competente il Foro di Roma, cui le parti potranno ricorrere qualora non si riesca a comporla attraverso arbitri amichevoli da nominarsi in accordo tra le parti, entro novanta giorni dell'insorgere della contestazione.

Per ogni controversia che dovesse insorgere tra il singolo Assicurato e la Compagnia Assicuratrice in merito all'indennizzabilità del sinistro o circa la misura degli indennizzi è competente il Foro della città in cui risiede l'Assicurato, cui le parti potranno ricorrere qualora non si riesca a comporla attraverso arbitri amichevoli da nominarsi in accordo tra le parti, entro novanta giorni dell'insorgere della contestazione.

17. Interpretazione del contratto

Si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

18. Coassicurazione e delega (da specificarsi in fase di contrattualizzazione della polizza)

In caso di coassicurazione l'assicurazione è ripartita per quote tra gli assicuratori in base alle rispettive quote percentuali indicate in gara:

- ⇒ Compagnia Quota % - Delegataria
- ⇒ Compagnia Quota..... %
- ⇒ Compagnia Quota %

In caso di sinistro, la Società delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società delegataria, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata. In ogni caso la delegataria si impegna a emettere atto di liquidazione per l'intero importo del sinistro e a rilasciare all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo. Con la sottoscrizione della presente polizza, le coassicuratrici danno mandato alla delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata e quant'altro. Pertanto, la firma apposta dalla delegataria rende validi a ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

19. Clausola Broker

Il Contraente/Associato e la Compagnia Assicuratrice si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker AON Roma, Via Cristoforo Colombo 149 C.A.P. 00147 salvo il pagamento dei premi che verrà effettuato direttamente dal Contraente/Associato alla Compagnia Assicuratrice.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta dalla

20 di 63

Compagnia Assicuratrice stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Compagnia Assicuratrice si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso. La remunerazione del Broker è posta a carico dell'Aggiudicatario/Compagnia Assicuratrice del presente Appalto nella misura del 3% (tre%) del valore complessivo di coperture assicurative effettivamente attivate.

20. Tracciabilità dei flussi finanziari

La Compagnia Assicuratrice, la Società di brokeraggio, nonché ogni altra impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla legge 12 agosto 2010 n. 136 e ss.mm.ii.

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire - salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il codice identificativo di gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione Appaltante. Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art.3 della citata legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

21. Termini di prescrizione

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente polizza è di due anni a norma dell'art. 2952 c.c.

22. Rinvio alle norme di legge

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

23. Commissione paritetica

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali e di particolari richieste di rimborso che, per la loro peculiarità, possono essere oggetto di valutazione ad hoc, è demandata ad una apposita Commissione Paritetica Permanente composta da quattro membri due dei quali designati dalla Società e due dall'Assicuratore. È prevista la possibilità per la Società di richiedere anche la partecipazione di uno o due membri aggiuntivi di AON, in qualità di Broker dell'Ente.

Alla stessa Commissione è affidato il compito di verificare il comportamento delle parti nell'esecuzione del contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti, di

21 di 63

monitorare l'andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi. Potrà inoltre formulare suggerimenti riguardanti modifiche contrattuali atte a migliorarne la gestione.

24. Rinuncia al recesso dal contratto

L'Assicuratore, in deroga all'art. 1898 del C.C., rinuncia alla facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza del presente contratto ad eccezione di quanto previsto all'art. 1 "Durata del contratto".

25. Rinuncia al diritto di rivalsa

L'Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili.

26. Anticipi

Nel caso di avvenuto ricovero in istituto di cura è in facoltà dell'Assicurato richiedere anticipatamente il rimborso delle spese preventivate in misura non superiore al 70% delle stesse, previo contestuale presentazione allo Società di certificazione provvisoria dell'Istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, eventualmente la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

L'anticipazione delle spese può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare delle stesse non sia inferiore a euro 2.600,00.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di speso, si procede al conguaglio attivo o passivo delle somme effettivamente versate o da versare.

SEZIONE II – MODALITA' DI EROGAZIONE E CRITERI DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione delle prestazioni assicurate può svolgersi con le seguenti modalità:

1. Regime di convenzionamento diretto

Per tutte le prestazioni di polizza che lo prevedono, la Società provvede al pagamento diretto delle prestazioni ricevute dall'Assicurato presso le strutture convenzionate appartenenti al Network, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o prestazioni non garantite che rimangono a carico dell'Assicurato.

Qualora l'assicurato fosse autorizzato a ricevere una prestazione presso una **Struttura Convenzionata con il Network, ma l'equipe medica non lo fosse (Convenzionamento Misto)**:

- con riferimento agli importi relativi alla struttura la Società provvederà al relativo pagamento diretto;
- con riferimento invece agli onorari dell'equipe non convenzionata, troverà applicazione quanto previsto al successivo punto 2 per l'assistenza indiretta

La richiesta di presa in carico presso strutture convenzionate appartenenti al Network dovrà essere effettuata dall'Assicurato con un **preavviso di almeno 5 giorni lavorativi**, compreso il giorno della richiesta. La Società si impegna a fornire **esito dell'autorizzazione entro 2 giorni lavorativi** dalla data della prestazione.

La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza medico sanitaria. In tal caso è possibile richiedere l'autorizzazione all'attivazione del regime di assistenza diretta entro i 5 (cinque) giorni successivi al ricovero stesso e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata.

In caso di cessazione e/o disdetta di una Convenzione tra il Network e la Società, la stessa procede a darne comunicazione preventiva al Broker e a Sport e Salute S.p.A. e si impegna con la Struttura a garantire che eventuali prestazioni già autorizzate, vengano comunque prese in carico.

2. Regime rimborsuale

L'Assicuratore, ricevuta direttamente dagli Assicurati la documentazione delle ricevute, fatture, notule di spesa, certificati medici di diagnosi e prescrizione, cartelle cliniche ai fini della corretta liquidazione dei sinistri, effettua le opportune verifiche e accredita quanto dovuto a termini di polizza sul conto corrente dell'assicurato. La documentazione di spesa sarà fornita in copia.

Ogni anno, in sede di prima richiesta di rimborso o di segnalazione preventiva, relativa al nucleo familiare, sia per l'assistenza diretta che indiretta, l'Assicuratore potrà richiedere copia

dello stato di famiglia o altro documento comprovante l'appartenenza dell'assicurato al nucleo familiare.

Qualora un Assicurato risulti già assicurato per le spese sanitarie anche presso un altro Assicuratore, la presente assicurazione opererà in via integrativa, senza applicazione di nessuna franchigia. Resta fermo che il rimborso complessivamente erogabile non potrà superare il 100% della spesa sostenuta. A tale scopo l'Assicurato dovrà presentare la documentazione di spesa unitamente al foglio di liquidazione dell'altro Assicuratore.

SEZIONE III – PIANO BASE

Soggetti assicurati

Le garanzie di cui al presente Piano, sono prestate in favore dei seguenti soggetti, aventi sempre codice fiscale italiano:

a) Soggetti assicurati collettivamente dal Piano Sanitario Base

L'assicurazione è prestata in forma collettiva a favore dei:

- Dipendenti di Sport e Salute S.p.A. e delle altre aziende associate
- Dipendenti inquadrati con qualifica di Dirigente di Sport e Salute S.p.A. e delle altre aziende associate
- Membri del Consiglio

b) Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario Base

- I seguenti soggetti:
 - a. Dipendenti di Sport e Salute S.p.A. e delle altre aziende associate
 - b. Dipendenti inquadrati con qualifica di Dirigente di Sport e Salute S.p.A. e delle altre aziende associate
 - c. Membri del Consiglio

possono estendere, facoltativamente e a proprio carico; la copertura del piano sanitario BASE ai propri familiari intendendosi per tali: il coniuge, anche non fiscalmente a carico e non convivente purché non legalmente separato o divorziato, figli fiscalmente a carico anche se non conviventi e figli conviventi anche se non fiscalmente a carico. Il convivente "more uxorio", compresi i figli conviventi del convivente "more uxorio ". Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidatari.

Inclusione ed esclusione degli assistiti

Le modalità di comunicazione dei dati degli assicurati saranno concordate tra le Parti in sede contrattuale.

L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24.00 del giorno della nuova assunzione e/o ripresa del servizio da periodo di aspettativa e/o rientro di personale distaccato e/o ripresa di servizio da ogni altra tipologia di interruzione temporanea dal servizio, purché ne venga data comunicazione alla Società. L'inclusione nelle assistenze decorre dalla data dell'evento e deve essere effettuata entro il termine di 40 giorni dalla predetta data. Si prende atto l'inclusione nelle assistenze si intendono valide dalle ore 24.00

del giorno di ripresa del servizio. In caso di eventuale discordanza o ritardi con la comunicazione, faranno fede i libri amministrativi dell'ente assicurato. Tali inclusioni dovranno essere comunicate alla Società e sono così regolamentate:

- se avvenute nel primo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se avvenute nel secondo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione del 60% del premio annuo.

L'assicurazione ha termine in caso di:

- Cessazione del rapporto di lavoro / interruzione temporanea di servizio (a titolo esemplificativo aspettativa / distacco etc.). Il tal caso l'operatività della copertura assicurativa resta valida fino alla prima scadenza annuale successiva ed in tal caso non è dovuto alcun rimborso di premio. È facoltà della Contraente di richiedere per iscritto all'Impresa, entro 30 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro, l'interruzione della copertura assicurativa del dipendente uscente dal primo giorno del mese successivo alla data di cessazione del rapporto di lavoro. In tal caso è prevista anche l'interruzione della copertura assicurativa del nucleo familiare con la restituzione del premio pagato e non goduto, imposte escluse.
- Decesso dell'assistito. A seguito di decesso dell'assistito, le prestazioni assicurative riservate al nucleo familiare restano invariate fino alla scadenza dell'annualità assicurativa e cessano, in ogni caso, al termine dell'annualità stessa.

In corso d'anno è possibile variare la composizione del nucleo familiare solo a seguito di nascite/adozioni, matrimoni, unioni civili. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 40 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società.

Le inclusioni di familiari di nuovi dipendenti/ rientri da interruzioni temporanee di servizio (a titolo esemplificativo aspettative / distacco etc.) in data successive a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni e/o rientri come sopra specificato. La garanzia per il dipendente ed i familiari indicati, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 40 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione della Società.

Qualora il dipendente intenda inserire il nucleo familiare, dovrà includerlo nella copertura all'atto dell'assunzione, entro e non oltre 30 giorni dall'assunzione, e non potrà inserirlo successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione ed invio alla Società dell'apposito modulo.

Si specifica che qualunque sia la data di inclusione di un nuovo Assicurato, il massimale non subisce variazioni in aumento o diminuzione nell'importo garantito.

Le inclusioni di assicurati **ad adesione facoltativa** sono così regolamentate:

1. I seguenti soggetti:
 - a. Dipendenti di Sport e Salute S.p.A. e delle altre aziende associate
 - b. Dipendenti inquadrati con qualifica di Dirigente di Sport e Salute S.p.A. e delle altre aziende associate
 - c. Membri del Consiglio

avranno a disposizione una finestra di ingresso di 30 giorni, durante la quale potranno effettuare l'adesione al piano sanitario BASE per i propri familiari (così come riportati all'interno della definizione di Nucleo Familiare). La decorrenza della copertura sarà quella del contratto.

2. I nuovi assunti inclusi durante l'anno, avranno 30 giorni di tempo dall'assunzione per effettuare l'adesione al piano sanitario BASE per i propri familiari (così come riportati all'interno della definizione di Nucleo Familiare). La decorrenza della copertura sarà quella della data di assunzione del Titolare.

Il premio verrà calcolato come segue:

- Per le adesioni nel primo semestre dell'anno, dovrà essere corrisposto il premio annuo;
- Per le adesioni nel secondo semestre dell'anno, dovrà essere corrisposto il 60% del premio annuo

Nel caso in cui l'Assicurato non includa i familiari, secondo le modalità e i termini di cui sopra, non sarà possibile procedere al loro inserimento in copertura per tutta la durata dell'annualità assicurativa.

In corso di vigenza contrattuale, intendendosi per tale il periodo annuale di durata iniziale del contratto, potrà essere inserito in copertura solo il nucleo familiare del personale di nuova assunzione.

Oggetto dell'assicurazione

Oggetto della presente sezione è l'assicurazione del Rimborso delle Spese Sanitarie sostenute dagli assicurati a seguito di infortunio o malattia, fino a concorrenza dei massimali e/o delle somme assicurate e con i limiti di seguito elencati.

In caso di ricovero causato da infortunio viene sempre richiesta la prestazione di certificato di pronto soccorso o struttura equivalente.

La presente copertura opera in continuità con la polizza precedente, pertanto sono compresi gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla decorrenza della polizza nonché le malattie croniche e recidivanti.

Agli assicurati in forma volontaria si applicano le seguenti carenze, salvo che questi non aderiscano in continuità di copertura:

- 270 giorni dalla decorrenza (o dalla data di adesione se successiva alla decorrenza) per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, l'assistenza è prestata purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo tale data;
- 180 giorni dalla decorrenza (o dalla data di adesione se successiva alla decorrenza) per la cura delle malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.

1.1 RICOVERO

La Società rimborsa in caso di:

A. Ricovero con o senza intervento chirurgico in istituto di cura e/o in Ambulatorio, pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna con o senza intervento chirurgico, nonché di intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso, che si siano resi necessari per infortunio, malattia, parto cesareo o aborto terapeutico:

- Accertamenti diagnostici compresi onorari medici e trattamenti fisioterapici, compreso il noleggio delle apparecchiature, trasporto all'istituto di cura, all'ambulatorio o al pronto soccorso per ricovero o intervento che abbiano carattere di urgenza, effettuati nei 120 giorni precedenti l'intervento;
- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente anestesista, di ogni soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento;
- Assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicina ed esami post-Intervento, durante il periodo di ricovero;
- Rette di degenza con il limite di euro 310,00 al giorno;
- Trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore in Italia con limite di euro 1.550,00 qualsiasi mezzo idoneo;
- Trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore all'estero o dall'estero in Italia con limite di euro 2.580,00 con qualsiasi mezzo idoneo;

B. Nei 120 giorni precedenti il ricovero in Istituto di Cura o l'intervento chirurgico effettuato in ambulatorio, le spese effettuate anche fuori dell'Istituto di cura per:

- Accertamenti diagnostici;

28 di 63

Capitolato Rimborso Spese Mediche

- Prestazioni di laboratorio;
- Onorari medici;
- Trasporto all'Istituto di Cura, all'ambulatorio o al pronto soccorso per ricovero o intervento che abbiano carattere d'urgenza.

C. Nei 120 giorni successivi al ricovero in Istituto di cura o l'intervento chirurgico effettuato in ambulatorio, le spese effettuate anche fuori dell'Istituto di cura o presso pronto soccorso (limitatamente alle spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio, della malattia o del parto cesareo o aborto terapeutico che hanno dato luogo al ricovero e/o intervento chirurgico) per:

- Accertamenti diagnostici;
- Prestazioni di laboratorio;
- Onorari medici;
- Trattamenti chiroterapici, nonché di agopuntura ed elettro agopuntura, purché praticati da medici;
- Medicinali;
- Trattamenti medico chirurgici;
- Prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: trattamenti infermieristici, fisioterapici, rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera).

D. In caso di parto spontaneo comportante intervento chirurgico in regime privatistico (ivi compresa l'episiotomia) viene corrisposta la somma forfettaria di euro 1.050,00. La garanzia è prestata senza applicazione dei gg pre e post evento.

E. Rette dell'accompagnatore, con il limite di euro 100,00 giornalieri per anno assicurativo e per Assicurato;

F. Le prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore nel caso di trapianti di organi o parti di essi. Per le donazioni da vivente sono comprese le prestazioni sanitarie durante il ricovero riferite al donatore. Sono altresì comprese le spese per il trasporto degli organi o di parti di essi con il limite di euro 5.165,00.

G. Day Hospital, la Società rimborsa, nei limiti delle condizioni e dei capitali assicurati e previsti per i ricoveri, le spese sostenute in caso di degenza in Istituto di Cura a regime esclusivamente diurno.

Indennità sostitutiva

Qualora le spese sanitarie da ricovero siano o totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o interamente rimborsate in forza di polizza stipulata presso altra Società di assicurazione, le prestazioni previste per i ricoveri si intendono sostituite dalla corresponsione di un'indennità

per ciascun giorno di ricovero con/senza intervento di **euro 85,00** con il massimo di **180 giorni** per anno assicurativo e persona. In caso di Day Hospital l'importo è limitato ad **euro 45,00** al giorno.

Interventi per correzione o eliminazione dei vizi della vista

Il Piano sanitario provvede al rimborso delle spese sostenute per interventi per la cura e/o l'eliminazione dei difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione / miopia, purché motivati da deficit visivo superiore a 5 diottrie su singolo occhio.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 600,00** per anno e per occhio.

La garanzia è prestata in Strutture convenzionate senza applicazione di franchigie o scoperti.

1.2 RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI

1.2.1 Ricovero in istituto di cura per Grandi Interventi Chirurgici

In caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di Grandi Interventi (per gli interventi contenuti nell'Allegato 2, la Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni:

- 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. Le spese relative a questa garanzia vengono sempre liquidate nella forma di rimborso all'Assicurato.
- 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, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
- d) **Rette di degenza:** non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero a seguito di malattia o infortunio in Istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di euro 310,00 al giorno.
- e) **Accompagnatore:** Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero a seguito di malattia o infortunio in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di euro 100,00 al giorno.
- f) **Assistenza infermieristica privata individuale:** Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di euro 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

- g) **Post-ricovero:** Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia 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.
- h) **Indennità di convalescenza a seguito di ricovero in Istituto di cura di durata superiore a 20 (venti) giorni:** in caso di ricovero in copertura avvenuto durante l'operatività del contratto e di durata superiore a 20 (venti) giorni consecutivi, la società riconosce all'Assicurato la corresponsione di un importo giornaliero di euro 50,00 per ogni giorno di convalescenza successiva al ricovero stesso per un massimo di 30 giorni per ricovero, purché la convalescenza sia stata prescritta all'atto delle dimissioni.

1.2.2 Trasporto Sanitario

Vengono rimborsate 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, anche all'estero, ad un altro e di ritorno alla propria abitazione, **con il massimo di euro 2.500,00 per ricovero.**

1.2.3 Trapianti

In caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o infortunio, la Società liquida le spese previste ai punti " Ricovero in istituto di cura per Grandi Interventi Chirurgici " e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie, nonché quelle 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 persona vivente, la garanzia copre le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relative al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali e rette di degenza.

Massimale assicurato

Le prestazioni di cui alla presente sezione sono erogate fino alla concorrenza della complessiva **somma di euro 100.000,00 anno/pro-capite**, elevata a euro **310.000,00 in caso di Grande intervento chirurgico** (quale ricompreso nell'Allegato n. 2), fermo restando quanto eventualmente previsto nei singoli punti del Piano. Fra le Parti rimane stabilito che ciascuna delle somme pattuite per ogni garanzia è prestata quale disponibilità unica per il dipendente. Per l'intero nucleo familiare assicurato, escluso il dipendente, il massimale è prestato a nucleo e per ciascun anno assicurativo.

Scoperti e franchigie

Il rimborso delle spese di cui al precedente Art. "RICOVERO" prevede:

- In caso di Ricoveri effettuati in totale **regime di convenzionamento diretto** (sia struttura sanitaria che equipe medica) le spese vengono rimborsate senza applicazione con franchigie e scoperti.
- In caso di Ricoveri effettuati **non in convenzionamento diretto**:
 1. Applicazione di uno scoperto del 15% con il massimo di euro 1.500,00 per tutte le spese legate al Ricovero
 2. Applicazione di uno scoperto del 10% con il massimo di euro 350,00 in caso di intervento ambulatoriale;
- In caso di ricovero a seguito di **Grande Intervento Chirurgico** (quale ricompreso nell'Allegato n. 2) non viene applicato alcuno scoperto.
- Ricoveri **effettuati in regime misto**:

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con ed effettuate da medici non convenzionati;

 1. Grandi Interventi Chirurgici
 - i. Le spese relative alle competenze fatturate dalla struttura convenzionata vengono liquidate direttamente alle strutture stesse senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Isritto, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.
 - ii. Le spese relative alle prestazioni non fatturate dalla struttura convenzionata (onorari fatturati dall'equipe medica, spese per accompagnatore, ecc.) vengono rimborsate integralmente, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.
 2. Diverso da Grande Intervento Chirurgico
 - i. Le spese relative alle competenze fatturate dalla struttura convenzionata vengono liquidate direttamente alle strutture stesse senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'assicurato, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.
 - ii. Le spese relative alle prestazioni non fatturate dalla struttura convenzionata (onorari fatturati dall'equipe medica, spese per accompagnatore, ecc.)

vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 15% con il massimo di €1.500 (ridotto ad uno scoperto del 10% con il massimo di €350 in caso di Intervento ambulatoriale), ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

1.3 GRAVI EVENTI MORBOSI

1.3.1 Ricoveri senza intervento chirurgico per Gravi eventi morbosi.

Sono garantite, nell'ambito dei Gravi Eventi Morbosi di cui all'Allegato 3, le seguenti spese in caso di ricovero:

- a) rette di degenza;
 - b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
 - c) accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche, gli onorari dei medici e tutte le prestazioni sanitarie effettuate anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 100 giorni precedenti il ricovero purché attinenti all'Evento Morboso che determina il ricovero stesso;
 - d) visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche e terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 120 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura a seguito di ricovero riconosciuto a termini di polizza ed avvenuto nell'arco della validità della polizza.
- Si applicano anche le garanzie dell'art. 1.2 al punto f) e al punto 1.2.2 "Trasporto sanitario".

Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per Grave Evento Morboso di cui all'Allegato 3, si presenti la necessità di eseguire un intervento chirurgico funzionale al grave evento morboso stesso, si applicano anche le garanzie di cui all'art. 1.2.

Indennità di convalescenza a seguito di ricovero per grave evento morboso in Istituto di cura di durata superiore a 20 (venti) giorni: in caso di ricovero per grave evento morboso in copertura avvenuto durante l'operatività del contratto e di durata superiore a 20 (venti) giorni consecutivi, la società riconosce all'Assicurato la corresponsione di un importo giornaliero di euro 50,00 per ogni giorno di convalescenza successiva al ricovero stesso per un massimo di 30 giorni per ricovero, purché la convalescenza sia stata prescritta all'atto delle dimissioni.

1.3.2 Trattamento medico domiciliare per Gravi Eventi Morbosi

Sono garantite, nell'ambito dei Gravi Eventi Morbosi di cui all'Allegato 3, le seguenti spese in caso di trattamento domiciliare:

- a) visite specialistiche;

- b) esami ed accertamenti diagnostici;
- c) terapie mediche, comprese quelle radianti/chemioterapiche (queste ultime ancorché effettuate anche a livello ambulatoriale e/o ospedaliero), le chirurgiche, riabilitative e farmacologiche oltre che le prestazioni di supporto psicologico.
- d) spesa per prestazioni sanitarie e infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali, sostenute nei 180 giorni successivi alla prima diagnosi dell'Evento Morboso avvenuta dopo la decorrenza contrattuale. Si applicano anche le garanzie dell'art. 1.2.2 "Trasporto sanitario".

Massimale assicurato

Le prestazioni di cui alla presente sezione sono erogate fino alla concorrenza della complessiva **somma di euro 500.000,00 per anno/nucleo**.

1.4 ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

- Amniocentesi
- Angiografia
- Broncoscopia
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Densitometria
- Diagnostica Radiologica
- Dialisi
- Doppler ed ecodoppler
- Ecografia
- ECG anche secondo holter
- Endoscopia dell'apparato digerente
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Holter
- Immunoterapia
- Ionoforesiterapia
- Laserterapia
- Mammografia
- Magnetoterapia

Capitolato Rimborso Spese Mediche

- Pet celebrale
- Radionefrogramma
- Radioterapia
- Risonanza magnetica nucleare
- Scintigrafia
- T.A.C.
- Telecuore
- Test ergometrico
- Villocentesi

Massimale annuo

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € **10.000** per anno. In caso di estensione al nucleo il massimale è da intendersi pro-capite.

Scoperti e franchigie

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

- Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie o di personale convenzionato** con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia fissa di euro 50,00 per ogni singola prestazione o ciclo di terapia.
- Nel caso in cui si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia fissa di euro 75,00 per ogni singola prestazione o ciclo di terapia.
- Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico nei limiti del massimale assicurato.

1.5 ASSISTENZA MEDICA E/O INFERMIERISTICA PER PATOLOGIE INFAUSTE

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per Assistenza medica e/o infermieristica, anche domiciliare, e/o farmacologica, nel massimale e con lo scoperto previsto per le spese indicate all'Art. ALTA SPECIALIZZAZIONE per le patologie e prognosi sicuramente infausta e/o patologie che ai sensi della tabella pubblicata con decreto dal Ministero della Sanità del 24 febbraio 1992 comportino una invalidità fisica del 100%.

35 di 63

1.6 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche 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 odontoiatriche e ortodontiche, quali:

- accertamenti diagnostici, purché pertinenti alla malattia e/o all'infortunio denunciati;
- onorari dei medici per visite specialistiche comprese quelle omeopatiche, con esclusione di quelle odontoiatriche, ortodontiche;
- applicazione e rimozione di gesso e valve gessate;
- trattamenti fisioterapici e/o rieducativi compreso il noleggio delle apparecchiature sanitarie per trattamenti fisioterapici - verranno rimborsate sola a seguito di infortunio e solo se documentate da verbale di pronto soccorso ospedaliero cui si sia fatto immediato ricorso e comprovante l'avvenuto infortunio;
- cure termali prescritte dal medico curante (escluse le spese di natura alberghiera);
- agopuntura ed elettro agopuntura, purché praticata da medici regolarmente iscritti all'Albo;
- psicoterapia effettuata sia da psichiatra che psicologo (purché laureato in medicina), per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.

Le prestazioni di cui al presente punto sono rimborsabili solo dietro prescrizione medico-specialistica attestante una diagnosi documentata ed accertata. Nessun rimborso è previsto per le prestazioni di medicina generica.

Massimale annuo

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € **1.800** per anno. In caso di estensione al nucleo il massimale è da intendersi così strutturato:

- € **1.800** per il Titolare
- € **1.800** per l'intero nucleo familiare assicurato, escluso il Titolare

Scoperti e franchigie

- In caso di utilizzo di **strutture convenzionate**, le prestazioni di cui al presente punto sono rimborsabili con l'applicazione una franchigia fissa di euro 30,00 per ogni accertamento o ciclo di terapia.
- Qualora l'Assicurato si avvalga di **strutture non convenzionate** le prestazioni di cui al presente punto sono rimborsabili con uno scoperto del 15% minimo euro 30,00 e massimo euro 60 per ogni accertamento o ciclo di terapia.

- I **tickets** relativi alle prestazioni di cui sopra vengono rimborsati senza applicazione di alcuno scoperto.

1.7 CURE FISIOTERAPICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte 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.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere, anche se con annesso centro medico. Le cure fisioterapiche verranno rimborsate solo a seguito di infortunio e solo se documentate da verbale del pronto soccorso ospedaliero o struttura equivalente cui si sia fatto immediato ricorso e comprovante l'avvenuto infortunio ed una prognosi non inferiore ai 20 giorni.

Massimale annuo

Il massimale annuo assicurato è da intendersi ricompreso nel massimale annuo della garanzia *"Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici"*.

1.8 CURE ODONTOIATRICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per cure odontoiatriche conseguenti a malattia, quali:

- cure dentistiche;
- estrazioni;
- protesi dentarie;
- apparecchi ortodontici.

Massimale annuo

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € **400** per anno. In caso di estensione al nucleo il massimale è da intendersi così strutturato:

- € **400** per il Titolare
- € **400** per l'intero nucleo familiare assicurato, escluso il Titolare

Scoperti e franchigie

- In caso di utilizzo di **strutture convenzionate**, le prestazioni di cui al presente punto sono rimborsabili con l'applicazione una franchigia fissa di euro 30,00 **per fattura**.

- Qualora l'Assicurato si avvalga di **strutture non convenzionate** le prestazioni di cui al presente punto sono rimborsabili con uno **scoperto del 15% minimo euro 50,00 per fattura**.

1.9 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute per le cure dentarie (protesi comprese) rese necessarie a seguito di infortunio certificato dal pronto soccorso o da struttura equivalente.

Massimale annuo

Il massimale annuo assicurato è da intendersi ricompreso nel massimale annuo della garanzia *"RICOVERO"*.

1.10 LENTI

La Società rimborsa le spese per l'acquisto e la riparazione di lenti e/o lenti a contatto, ad esclusione delle montature, con l'applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo non indennizzabile pari ad € 40,00 per fattura.

Massimale annuo

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € **300** per anno. In caso di estensione al nucleo il massimale è da intendersi così strutturato:

- € **300** per il Titolare
- € **300** per l'intero nucleo familiare assicurato, escluso il Titolare

Ai fini del rimborso è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.

1.11 PACCHETTO MATERNITÀ

Rientrano in garanzia le seguenti prestazioni di controllo in gravidanza:

- Ecografie di controllo, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con la Società;
- Amniocentesi, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con la Società;
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con la Società;
- Visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza, da fruirsi, a scelta dell'Assicurata, sia presso strutture sanitarie/medici convenzionati che non convenzionati con la Società.

In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute per evento. La garanzia potrà essere attivata solo utilizzando terapeuti convenzionati con la Società.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Limitatamente alle visite specialistiche di controllo, nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di euro 1.700,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare**.

1.12 CURE PER IL NEONATO NEI PRIMI 30 GIORNI

La Società rimborsa le seguenti prestazioni: Assistenza medica, anche domiciliare, al neonato nei primi 30 giorni, con riferimento ai casi previsti all'art. RICOVERO e successivo Art. "ALTA SPECIALIZZAZIONE";

1.13 MEDICINA PREVENTIVA – valida per il solo Titolare

La Società assicuratrice provvede al pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) delle prestazioni di prevenzione effettuate esclusivamente in strutture sanitarie convenzionate, una volta l'anno solo per il titolare.

Le prestazioni, rivolte unicamente agli assicurati con più di 18 anni, devono essere richieste alla Centrale Operativa in un'unica soluzione. **Elenco esami previsti:**

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- AST (aspartato transaminasi)
- colesterolo HDL
- colesterolo LDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine (esame chimico, fisico e microscopico)
- feci (ricerca del sangue occulto)
- Elettrocardiogramma di base
- PSA (Specifico antigene prostatico) - (Prestazione prevista per gli uomini oltre i 45 anni)
- Pap test (Prestazione prevista per le Donne)

1.14 GARANZIA DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE – valida per il solo Titolare

Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di potere effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale),
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile),
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio),
- vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali),

e necessiti in modo costante:

40 di 63

- o dell'assistenza di un terzo;
- o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, e necessiti in modo costante:

- di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale;
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate, al momento dell'ingresso in copertura, non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
2. Essere stati o essere affetti da situazioni patologiche determinanti un'invalidità civile permanente superiore al 25%.
3. Presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
4. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da diabete non controllato o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

Riconoscimento dello stato di non autosufficienza

La valutazione dello stato di non autosufficienza spetta alla Società. Al verificarsi della perdita di autosufficienza, l'Assicurato o altra persona che lo rappresenti deve richiedere per iscritto alla Società il riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Alla richiesta devono essere allegati:

- un certificato del medico curante che attesti la perdita permanente di autosufficienza
- una relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza

entrambi redatti su appositi modelli forniti dalla Società.

Dalla data di ricevimento di tale documentazione ("data di denuncia"), decorre il periodo di accertamento da parte della Società, che in ogni caso non può superare i sei mesi.

La Società si riserva di richiedere all'Assicurato ulteriori informazioni sulle predette cause, nonché ulteriore documentazione medica.

Ultimati i controlli medici, la Società comunica per iscritto all'Assicurato, entro e non oltre il periodo di accertamento, il riconoscimento o meno dello stato di non autosufficienza.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla Società quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione;
- il contratto sia ancora in vigore.

Modalità di erogazione

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

Erogazione in forma di rimborso

Qualora l'Assistito si trovi in stato di non autosufficienza nei termini fin qui descritti, l'Assicuratore riconosce un **rimborso fino ad un massimale mensile pro-capite di € 500,00**, per tutto il periodo di durata della copertura delle spese sostenute per:

1. ricoveri in strutture di lungo degenza;
2. assistenza;
3. prestazioni infermieristiche, fisioterapiche e riabilitative;
4. acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle, poltrone e letti ortopedici;
5. ausili e presidi sanitari;
6. farmaci non rimborsati dal SSN;
7. altre spese comunque connesse allo stato di non autosufficienza.

Il rimborso delle spese assistenziali verrà effettuato con cadenza mensile sulla base della rendicontazione delle spese sostenute nel mese di riferimento, entro il **limite massimo di € 500,00**.

Erogazione in forma di assistenza

In alternativa al rimborso la Società provvederà alla fornitura dei seguenti servizi tramite il proprio network convenzionato fino al massimale di euro **500/mese**:

1. Assistenza infermieristica o socio-sanitaria;
2. Badante;
3. Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
4. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici;

5. Trasporto in ambulanza;

6. Prestazioni erogate in regime di ricovero.

Oltre a servizi di informazioni socio-sanitari (24h) e prestazioni a tariffe convenzionate in caso di esaurimento di massimale.

Alla richiesta deve essere allegato un certificato del medico curante attestante lo stato di non autosufficienza redatto su apposito modello fornito dall'Assicuratore, con compilazione della relazione sulle cause della perdita di autosufficienza.

Rischi esclusi

Sono escluse dalla garanzia le conseguenze:

- a) di fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico;
- b) abuso di alcolici e psicofarmaci e uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- c) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- d) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- e) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno.

SEZIONE IV – PIANO INTEGRATIVO

Soggetti assicurati

Le garanzie di cui al presente Piano Integrativo, sono prestate in favore dei seguenti soggetti, aventi sempre codice fiscale italiano:

- i dipendenti inquadrati con qualifica di Dirigente di Sport e Salute S.p.A. e delle altre aziende associate
- i Membri del Consiglio

i quali possono:

- a. **acquistare per sé stessi**, facoltativamente e a proprio carico, la copertura integrativa prevista nel “**PIANO INTEGRATIVO**”
- b. **acquistare**, facoltativamente e a proprio carico, **la copertura integrativa per sé stessi e per i propri familiari** intendendosi per tali: il coniuge, anche non fiscalmente a carico e non convivente purché non legalmente separato o divorziato, figli fiscalmente a carico anche se non conviventi e figli conviventi anche se non fiscalmente a carico. Il convivente "more uxorio", compresi i figli conviventi del convivente "more uxorio ". Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidatari.

Si specifica che nel caso in cui il Dirigente/Membro del Consiglio decida di estendere il Piano Base al nucleo familiare, lo stesso dovrà seguire la medesima linea adottata per il nucleo (es. se ha effettuato l'estensione del Piano Base al nucleo, il Dirigente/Membro del Consiglio non potrà acquistare il Piano Integrativo solo per sé stesso). Infatti, i piani adottati per il Nucleo devono essere in linea con quello in essere per il Dirigente/Membro del Consiglio.

Pertanto, le opzioni del Dirigente/Membro del Consiglio sono:

- Opzione 1 – estensione del Piano Base ai familiari
- Opzione 2 – estensione del Piano Integrativo per sé stesso
- Opzione 3 – estensione del Piano Integrativo per sé stesso e per i propri familiari. Per l'attivazione di tale opzione non è necessario aver acquistato precedentemente l'Opzione 1

Inclusione ed esclusione degli assistiti

Le modalità di comunicazione dei dati degli assicurati saranno concordate tra le Parti in sede contrattuale.

L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24.00 del giorno della nuova assunzione e/o ripresa del servizio da periodo di aspettativa e/o rientro di personale distaccato e/o ripresa di servizio da ogni altra tipologia di interruzione temporanea dal servizio, purché ne venga data comunicazione alla Società; L'inclusione nelle assistenze decorre dalla data dell'evento e deve essere effettuata entro il termine di 40 giorni dalla predetta data. Si prende atto l'inclusione nelle assistenze si intendono valide dalle ore 24.00 del giorno di ripresa del servizio. In caso di eventuale discordanza o ritardi con la comunicazione, faranno fede i libri amministrativi dell'ente assicurato. Tali inclusioni dovranno essere comunicate alla Società e sono così regolamentate:

- a. se avvenute nel primo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'intero premio annuo;
- b. se avvenute nel secondo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione del 60% del premio annuo.

L'assicurazione ha termine in caso di:

- Cessazione del rapporto di lavoro / interruzione temporanea di servizio (a titolo esemplificativo aspettativa / distacco etc..). Il tal caso l'operatività della copertura assicurativa resta valida fino alla prima scadenza annuale successiva ed in tal caso non è dovuto alcun rimborso di premio. È facoltà della Contraente di richiedere per iscritto all'Impresa, entro 30 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro, l'interruzione della copertura assicurativa del dipendente uscente dal primo giorno del mese successivo alla data di cessazione del rapporto di lavoro. In tal caso è prevista anche l'interruzione della copertura assicurativa del nucleo familiare e la restituzione del premio pagato e non goduto, imposte escluse.
- Decesso dell'assistito. A seguito di decesso dell'assistito, le prestazioni assicurative riservate al nucleo familiare restano invariate fino alla scadenza dell'annualità assicurativa e cessano, in ogni caso, al termine dell'annualità stessa.

In corso d'anno è possibile variare la composizione del nucleo familiare solo a seguito di nascite/adozioni, matrimoni, unioni civili. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 40 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società.

Le inclusioni di familiari di nuovi dipendenti/ rientri da interruzioni temporanee di servizio (a titolo esemplificativo aspettative / distacco etc.) in data successive a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni e/o rientri come sopra specificato. La garanzia per il dipendente ed i familiari indicati, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 40 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione della Società.

Qualora il dipendente intenda inserire il nucleo familiare, dovrà includerlo nella copertura all'atto dell'assunzione, entro e non oltre 30 giorni dall'assunzione, e non potrà inserirlo successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione ed invio alla Società dell'apposito modulo.

Si specifica che qualunque sia la data di inclusione di un nuovo Assicurato, il massimale non subisce variazioni in aumento o diminuzione nell'importo garantito.

Le inclusioni di assicurati **ad adesione facoltativa** sono così regolamentate:

1. I dipendenti inquadrati con la qualifica di Dirigente di Sport e Salute S.p.A. e delle aziende associate e i Membri del Collegio avranno a disposizione una finestra di ingresso di 30 giorni, durante la quale potranno:
 - Effettuare per loro stessi l'adesione al piano sanitario integrativo
 - Effettuare l'adesione al piano sanitario integrativo per sé stessi e per i propri familiari (così come riportati all'interno della definizione di Nucleo Familiare).

La decorrenza della copertura sarà quella del contratto.

2. I nuovi assunti inclusi durante l'anno, avranno 30 giorni di tempo dall'assunzione per effettuare le adesioni al piano sanitario integrativo per sé stessi e per i propri familiari. La copertura avrà come effetto la data di assunzione del Titolare.

Il premio verrà calcolato come segue:

- Per le adesioni nel primo semestre dell'anno, dovrà essere corrisposto il premio annuo;
- Per le adesioni nel secondo semestre dell'anno, dovrà essere corrisposto il 60% del premio annuo

Nel caso in cui l'Assicurato non includa i familiari, secondo le modalità e i termini di cui sopra, non sarà possibile procedere al loro inserimento in copertura per tutta la durata dell'annualità assicurativa.

In corso di vigenza contrattuale, intendendosi per tale il periodo annuale di durata iniziale del contratto, potrà essere inserito in copertura solo il nucleo familiare del personale di nuova assunzione.

Oggetto dell'assicurazione

Per quanto non espressamente riportato nella presente Sezione si intendono valide le garanzie e le condizioni previste per il Piano Base. Di seguito si riportano esclusivamente le differenze presenti tra i due piani.

All'interno dell'Allegato 1 al presente documento si riportano i Quadri sinottici relativi ai due piani.

La presente copertura opera in continuità con la polizza precedente, pertanto sono compresi gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla decorrenza della polizza nonché le malattie croniche e recidivanti.

Agli assicurati in forma volontaria si applicano le seguenti carenze, salvo che questi non aderiscano in continuità di copertura:

- 270 giorni dalla decorrenza (o dalla data di adesione se successiva alla decorrenza) per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, l'assistenza è prestata purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo tale data;
- 180 giorni dalla decorrenza (o dalla data di adesione se successiva alla decorrenza) per la cura delle malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.

2.1 RICOVERO**Indennità sostitutiva**

Qualora le spese sanitarie da ricovero siano o totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o interamente rimborsate in forza di polizza stipulata presso altra Società di assicurazione, le prestazioni previste per i ricoveri si intendono sostituite dalla corresponsione di un'indennità per ciascun giorno di ricovero con/senza intervento di **euro 150,00** con il massimo di **50 giorni** per anno assicurativo e persona. In caso di Day Hospital l'importo è limitato ad **euro 45,00** al giorno. In caso di Ricovero senza intervento la Società applica una franchigia di 2 (due) giorni.

Massimale assicurato

Le prestazioni di cui alla presente sezione sono erogate fino alla concorrenza della complessiva **somma di euro 150.000,00 anno/pro-capite**, elevata a euro **310.000,00 in caso di Grande intervento chirurgico** (quale ricompreso nell'Allegato n. 2), fermo restando quanto eventualmente previsto nei singoli punti del Piano. Fra le Parti rimane stabilito che ciascuna delle somme pattuite per ogni garanzia è prestata quale disponibilità unica per il dipendente. Per l'intero nucleo familiare assicurato, escluso il dipendente, il massimale è prestato a nucleo e per ciascun anno assicurativo.

Per quanto non riportato al presente articolo valgono le condizioni di cui all'art. 1.1. "RICOVERO" di cui alla Sez. III – PIANO BASE.

2.2 RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI

Valgono le condizioni di cui all'art. 1.2. "RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI" di cui alla Sez. III – PIANO BASE.

2.3 GRAVI EVENTI MORBOSI

Valgono le condizioni di cui all'art. 1.3. "GRAVI EVENTI MORBOSI" di cui alla Sez. III – PIANO BASE.

2.4 ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

- Amniocentesi
- Angiografia
- Broncoscopia
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Densitometria
- Diagnostica Radiologica
- Dialisi
- Doppler ed ecodoppler
- Ecografia
- ECG anche secondo holter

Capitolato Rimborso Spese Mediche

- Endoscopia dell'apparato digerente
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Holter
- Immunoterapia
- Ionoforesiterapia
- Laserterapia
- Mammografia
- Magnoterapia
- Pet celebrale
- Radionefrogramma
- Radioterapia
- Risonanza magnetica nucleare
- Scintigrafia
- T.A.C.
- Telecuore
- Test ergometrico
- Villocentesi

Massimale annuo

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € **10.000** per anno. In caso di estensione al nucleo il massimale è da intendersi pro-capite.

Scoperti e franchigie

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

- Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie o di personale convenzionato** con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono rimborsate senza l'applicazione di scoperti o franchigie.
- Nel caso in cui si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di scoperti o franchigie.
- Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico nei limiti del massimale assicurato.

49 di 63

2.5 ASSISTENZA MEDICA E/O INFERMIERISTICA PER PATOLOGIE INFAUSTE

Valgono le condizioni di cui all'art. 1.5 "ASSISTENZA MEDICA E/O INFERMIERISTICA PER PATOLOGIE INFAUSTE" di cui alla Sez. III – PIANO BASE.

2.6 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche 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 odontoiatriche e ortodontiche, quali:

- accertamenti diagnostici, purché pertinenti alla malattia e/o all'infortunio denunciati;
- onorari dei medici per visite specialistiche comprese quelle omeopatiche, con esclusione di quelle odontoiatriche, ortodontiche;
- applicazione e rimozione di gesso e valve gessate;
- trattamenti fisioterapici e/o rieducativi compreso il noleggio delle apparecchiature sanitarie per trattamenti fisioterapici - verranno rimborsate sola a seguito di infortunio e solo se documentate da verbale di pronto soccorso ospedaliero cui si sia fatto immediato ricorso e comprovante l'avvenuto infortunio;
- cure termali prescritte dal medico curante (escluse le spese di natura alberghiera);
- agopuntura ed elettro agopuntura, purché praticata da medici regolarmente iscritti all'Albo;
- psicoterapia effettuata sia da psichiatra che psicologo (purché laureato in medicina), per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.

Le prestazioni di cui al presente punto sono rimborsabili solo dietro prescrizione medico-specialistica attestante una diagnosi documentata ed accertata. Nessun rimborso è previsto per le prestazioni di medicina generica.

Massimale annuo

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € **2.000** per anno. In caso di estensione al nucleo il massimale è da intendersi così strutturato:

- € **2.000** per il Titolare
- € **2.000** per l'intero nucleo familiare assicurato, escluso il Titolare

Scoperti e franchigie

- In caso di utilizzo di **strutture convenzionate**, le prestazioni vengono rimborsate senza l'applicazione di franchigie/scoperti.

50 di 63

- Qualora l'Assicurato si avvalga di **strutture non convenzionate** le prestazioni vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 15%** con il minimo non indennizzabile pari ad euro **30,00** ed il massimo pari ad euro **60** per accertamento o ciclo di terapia.
- I **tickets** relativi alle prestazioni di cui sopra vengono rimborsati senza applicazione di alcuno scoperto.

2.7 CURE FISIOTERAPICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Valgono le condizioni di cui all'art. 1.7 "CURE FISIOTERAPICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO" di cui alla Sez. III – PIANO BASE.

2.8 CURE ODONTOIATRICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per cure odontoiatriche conseguenti a malattia, quali:

- cure dentistiche;
- estrazioni;
- protesi dentarie;
- apparecchi ortodontici.

Massimale annuo

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € **600** per anno. In caso di estensione al nucleo il massimale è da intendersi così strutturato:

- € **600** per il Titolare
- € **600** per l'intero nucleo familiare assicurato, escluso il Titolare

Scoperti e franchigie

- In caso di utilizzo di **strutture convenzionate**, le prestazioni di cui al presente punto sono rimborsabili senza l'applicazione di franchigie e scoperti.
- Qualora l'Assicurato si avvalga di **strutture non convenzionate** le prestazioni di cui al presente punto sono rimborsabili con uno **scoperto del 10% minimo euro 30,00 per fattura**.

2.9 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Valgono le condizioni di cui all'art. 1.9 "CURE DENTARIE DA INFORTUNIO" di cui alla Sez. III – PIANO BASE.

2.10 LENTI

La Società rimborsa le spese per l'acquisto e la riparazione di lenti e/o lenti a contatto, ad esclusione delle montature.

Massimale annuo

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € **500** per anno. In caso di estensione al nucleo il massimale è da intendersi così strutturato:

- € **500** per il Titolare
- € **500** per l'intero nucleo familiare assicurato, escluso il Titolare

Ai fini del rimborso è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.

2.11 PACCHETTO MATERNITA'

Valgono le condizioni di cui all'art. 1.11 "PACCHETTO MATERNITA'" di cui alla Sez. III – PIANO BASE.

2.12 CURE PER IL NEONATO NEI PRIMI 30 GIORNI

Valgono le condizioni di cui all'art. 1.12 "CURE PER IL NEONATO NEI PRIMI 30 GIORNI" di cui alla Sez. III – PIANO BASE.

2.13 MEDICINA PREVENTIVA – valida per il solo Titolare

Valgono le condizioni di cui all'art. 1.13 "MEDICINA PREVENTIVA – valida per il solo Titolare" di cui alla Sez. III – PIANO BASE.

2.14 GARANZIA DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE – valida per il solo Titolare

Valgono le condizioni di cui all'art. 1.14 "GARANZIA DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE – valida per il solo Titolare" di cui alla Sez. III – PIANO BASE.

52 di 63

SEZIONE V – LIMITAZIONI

1. Estensione territoriale

La copertura assicurativa si intende operante nel territorio del Mondo Intero.

2. Limiti di età

L'assicurazione vale fino al compimento dell'80° anno di età. L'assicurazione cessa dalla successiva scadenza annuale del premio per le persone che raggiungono l'80° anno di età, senza che possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti che in tal caso vengono restituiti al Contraente. Non sono assicurabili salvo patto speciale le persone affette da infermità mentale, alcolismo e tossicodipendenza.

3. Esclusioni dalla copertura

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 - salvo per i neonati fino a 30 giorni dalla nascita;
- b. la cura di malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici;
- c. le protesi dentarie, la cura della paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici - salvo per i casi previsti all' Art. 1.8 e 2.8 "Cure Odontoiatriche" e all'Art. 1.9 e 2.9 "Cure Dentarie da Infortunio";
- d. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti secondo quanto previsto dall'art. " Operatività delle Garanzie ");
- 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. 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 necessari la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- g. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualsiasi tipo;
- h. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

Capitolato Rimborso Spese Mediche

- i. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- j. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- k. 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;
- l. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

ALLEGATO 1 – QUADRO SINOTTICO DELLE PRESTAZIONI

PIANO BASE

PRESTAZIONI	MASSIMALE - SCOPERTO/FRANCHIGIA
FUORI RICOVERO	
Ricovero con e senza intervento (ivi compreso intervento ambulatoriale e DH con intervento)	100.000€ anno - <u>In Network</u> : in caso di ricovero con intervento scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile pari ad €1.000 ed il massimo di € 3.000 - <u>Fuori Network</u> : - a) Scoperto del 15% con il massimo di 1500€ b) Scoperto del 10% con il massimo di 350€ in caso di intervento ambulatoriale
RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI	€310.000 anno Nessuno scoperto o franchigia
RICOVERO PER GRAVI EVENTI MORBOSI	€ 500.000
Rette di degenza	€ 310,00 al dì;
Onorari dei medici	compresi
Pre e Post	120/120 gg
Intervento chirurgico	
Assistenza medica, medicinali e cure	
Parto fisiologico (comportante ricovero in regime privatistico)	Sotto-limite €1.050
Accompagnatore	€ 100,00 al dì
Assistenza infermieristica privata (solo per G.I.)	€ 100,00 al dì massimo 30gg per evento
Trasporto Italia	€ 1.550,00 anno
Trasporto Estero	€ 2.580,00 anno
Trasporto G.I.	€ 2.500,00 per evento
Trasporto organi in caso di Trapianto	€ 5.165,00 anno

55 di 63

Diaria Ospedaliera	€ 85,00 al dì per ricovero con e senza intervento ridotto ad € 45,00 in caso di Day Hospital (ivi compresi Tickets) max 180 gg anno
Indennità da convalescenza a seguito di G.I. e GEM > 20 gg %	€ 50,00 al dì per 30gg per evento
Interventi per correzione o eliminazione dei vizi della vista	€ 600,00 per anno e per occhio
FUORI RICOVERO	
Alta Specializzazione	<p>€10.000</p> <p>Assistenza diretta: franchigia fissa di € 50 per prestazione o ciclo di terapia</p> <p>Regime rimborsuale: franchigia fissa di € 75 per prestazione o ciclo di terapia</p> <p>Ticket: rimborso 100%</p>
Assistenza medica e/o infermieristica per patologie infauste	Compresa nel massimale dell'Alta Specializzazione
Prestazioni specialistiche - Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici	<p>1.800€ anno per titolare</p> <p>1.800€ anno per il nucleo (escluso titolare)</p> <p>Assistenza diretta: franchigia fissa di euro 30,00 per ogni accertamento o ciclo di terapia.</p> <p>Regime rimborsuale: scoperto del 15% minimo 30€ e massimo di 60€ per accertamento o ciclo di terapia</p> <p>Ticket: rimborso 100%</p>
Cure Fisioterapiche (fini riabilitativi) - a seguito di infortunio	Compreso nel massimale delle Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici Nessuno scoperto o franchigia. Prognosi documentata da referto ospedaliero (o analogo) non inferiore a 20 gg
Cure Odontoiatriche	<p>€400 anno per titolare</p> <p>€400 anno per il nucleo (escluso titolare)</p> <p>In rete: franchigia di €30 per fattura Fuori rete: scoperto 15% con il minimo di € 50 per fattura</p>
Cure Dentarie da infortunio	Compreso nel massimale del Ricovero
Lenti	<p>€300 anno per titolare</p> <p>€300 anno per il nucleo (escluso titolare)</p>

	scoperto 15% min €40
Pacchetto maternità	€1.700 per anno/nucleo
Cure per il neonato nei primi 30 giorni	
GARANZIA DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE "LTC" - Solo Titolare	€500 mensili
Medicina Preventiva - Solo Titolare	Elenco esami Specifici

PIANO INTEGRATIVO

PRESTAZIONI	MASSIMALE - SCOPERTO/FRANCHIGIA
FUORI RICOVERO	
Ricovero con e senza intervento (ivi compreso intervento ambulatoriale e DH con intervento)	150.000€ anno - <u>In Network:</u> in caso di ricovero con intervento scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile pari ad €1.000 ed il massimo di € 3.000 - <u>Fuori Network:</u> - a) Scoperto del 15% con il massimo di 1500€ b) Scoperto del 10% con il massimo di 350€ in caso di intervento ambulatoriale
RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI	€310.000 anno Nessuno scoperto o franchigia
RICOVERO PER GRAVI EVENTI MORBOSI	€ 500.000
Rette di degenza	€ 310,00 al dì;
Onorari dei medici	compresi
Pre e Post	120/120 gg
Intervento chirurgico	
Assistenza medica, medicinali e cure	
Parto fisiologico (comportante ricovero in regime privatistico)	Sotto-limite €1.050
Accompagnatore	€ 100,00 al dì

Assistenza infermieristica privata (solo per G.I.)	€ 100,00 al dì massimo 30gg per evento
Trasporto Italia	€ 1.550,00 anno
Trasporto Estero	€ 2.580,00 anno
Trasporto G.I.	€ 2.500,00 per evento
Trasporto organi in caso di Trapianto	€ 5.165,00 anno
Diaria Ospedaliera	€ 150,00 al dì per ricovero con e senza intervento ridotto ad € 45,00 in caso di Day Hospital (ivi compresi Tickets) max 50 gg anno Franchigia di 2 gg in caso di ricovero senza intervento
Indennità da convalescenza a seguito di G.I. e GEM > 20 gg %	€ 50,00 al dì per 30gg per evento
Interventi per correzione o eliminazione dei vizi della vista	€ 600,00 per anno e per occhio
FUORI RICOVERO	
Alta Specializzazione	€10.000 Assistenza diretta: no scoperti / franchigie Regime rimborsuale: no scoperti / franchigie Ticket: rimborso 100%
Assistenza medica e/o infermieristica per patologie infauste	Compresa nel massimale dell'Alta Specializzazione
Prestazioni specialistiche - Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici	2.000€ anno per titolare 2.000€ anno per il nucleo (escluso titolare) Assistenza diretta: no scoperti / franchigie Regime rimborsuale: scoperto del 15% minimo 30€ e massimo di 60€ per accertamento o ciclo di terapia Ticket: rimborso 100%
Cure Fisioterapiche (fini riabilitativi) - a seguito di infortunio	Compreso nel massimale delle Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici Nessuno scoperto o franchigia. Prognosi documentata da referto ospedaliero (o analogo) non inferiore a 20 gg
Cure Odontoiatriche	€600 anno per titolare €600 anno per il nucleo (escluso titolare)

Capitolato Rimborso Spese Mediche

	In rete: franchigia di €30 per fattura Fuori rete: scoperto 10% con il minimo di € 30 per fattura
Cure Dentarie da infortunio	Compreso nel massimale del Ricovero
Lenti	€500 anno per titolare €500 anno per il nucleo (escluso titolare)
Pacchetto maternità	€1.700 per anno/nucleo
Cure per il neonato nei primi 30 giorni	
GARANZIA DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE "LTC" - Solo Titolare	€500 mensili
Medicina Preventiva - Solo Titolare	Elenco esami Specifici

ALLEGATO 2 – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Collo

Gozzo retrosternale con mediastinotomia

Esofago

Interventi con esofagoplastica

Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria

Megaesofago

Cardioplastica

Intestino

Colectomia totale per malattie infiammatorie del colon

Retto - Ano

Atresia dell'ano con fistola retto uretrale o retto vulvare

Operazione per megacolon

Fegato

Re interventi sulle vie biliari

Interventi chirurgici per ipertensione portale

Pancreas

Interventi per pancreatite acuta

Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche

Interventi per pancreatite cronica

Cardiochirurgia

Interventi a cuore aperto per:

- Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
- Correzione impianto anomalo coronarie
- Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
- Correzione canale atrioventricolare completo
- Finestra aorto-polmonare
- Correzione di:
 - ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita
 - truncus arteriosus
 - coartazioni aortiche di tipo fetale

- coartazioni aortiche multiple o molto estese
- stenosi aortiche infundibulari
- stenosi aortiche sopravalvolari
- trilogia di Fallot
- tetralogia di Fallot
- atresia della tricuspid
- pervietà interventricolare ipertesa
- pervietà interventricolare con "debanding"
- pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- Sostituzioni valvolari multiple
- Sostituzione valvolare con by-pass aortocoronarico
- Aneurismi aorta toracica
- Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aortocoronarici

Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

Chirurgia del Sistema Nervoso Centrale e Periferico

Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale

Asportazione di processi espansivi endocranici (ascessi, cisti parassitarie, etc.)

Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)

Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto

Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo

Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali, extra-midollari

Trattamento di lesioni intramidollari (siringomielia, ascessi, etc.)

Somatotomia vertebrale

Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica

Chirurgia Vascolare

Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale

Trattamento chirurgico dell'ipertensione portale

Ortopedia e traumatologia

Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti

Resezioni del sacro

Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari

Disarticolazione interscapolo toracica

Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari)

sec. Tikhon-Limberg con salvataggio dell'arto

Capitolato Rimborso Spese Mediche

Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"

Emipelvectomy

Emipelvectomy "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto

Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca

Vertebrotomia

Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi

Uncoforaminotomia

Corpectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale

Artrodesi per via anteriore

Interventi a cielo aperto sul rachide per via posteriore per artrodesi vertebrale

Interventi a cielo aperto sul rachide per via anteriore senza impianti

Interventi a cielo aperto sul rachide per via anteriore con impianti

Urologia

Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale

Traumi diretti con rotture viscerali

Tutti

Trapianti di organi

Tutti

ALLEGATO 3 – ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

- Infarto del Miocardio
- Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.
- Coronaropatia
- Malattia che determini Intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie con innesto di by-pass, o richieda tecniche non chirurgiche, quali l'insufflazione angioplastica.
- Ictus Cerebrale (colpo apoplettico)
- Accidenti cerebro-vascolari aventi ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implicino morte di tessuto cerebrale.
- Malattia Oncologica
- Ogni stato di Malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna (quest'ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico che determinino o meno un Intervento chirurgico.