



# autostrada del Brennero

**SERVIZIO ASSICURATIVO PER LA COPERTURA RIMBORSO SPESE  
MEDICHE A FAVORE DEI DIPENDENTI DELLA SOCIETÀ  
CIG 758644112A**

**1**

**CAPITOLATO SPECIALE DESCRITTIVO E  
PRESTAZIONALE**

DATA PROGETTO:

agosto 2018

II DIRETTORE TECNICO  
GENERALE

(ing. Carlo Costa)

IL RESPONSABILE DEL  
PROCEDIMENTO

(dott. Peter Frick)

## Sommario

1.	PREMESSA .....	3
2.	DEFINIZIONI .....	3
3.	NORME COMUNI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE .....	7
3.1	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO E BUONA FEDE.....	7
3.2	DIMINUZIONE DEL RISCHIO .....	7
3.3	ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI – ALTRE ASSICURAZIONI.....	7
3.4	INFORMATIVA SUI SINISTRI .....	7
3.5	TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI (SENSIBILI) DEGLI ASSICURATI....	8
3.6	RIPARTO DI COASSICURAZIONE E DELEGA .....	8
3.7	INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO .....	8
3.8	RIFERIMENTO ALLE NORME DI LEGGE - FORO COMPETENTE.....	8
3.9	PAGAMENTO DEL PREMIO - TERMINI DI RISPETTO.....	8
3.10	FACOLTÀ DI RECESSO DA PARTE DELLA COMPAGNIA .....	9
4.	CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE .....	10
4.1	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	10
4.2	PERSONE ASSICURATE .....	10
4.3	RICOVERO.....	10
4.4	VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, ALTA SPECIALIZZAZIONE, ALTA SPECIALIZZAZIONE BIS .....	13
4.5	TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI.....	15
4.6	CURE TERMALI .....	15
4.7	PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI .....	16
4.8	ODONTOIATRIA / ORTODONZIA .....	16
4.9	CURE ONCOLOGICHE.....	17
4.10	LENTI.....	17
4.11	PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI .....	17
4.12	PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE DELLA SOCIETA' .....	18
4.13	STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE (GARANZIA PER IL SOLO DIPENDENTE).....	18
4.14	SERVIZI DI CONSULENZA.....	19
4.15	PREMI.....	20
4.16	INCLUSIONI / ESCLUSIONI .....	20
4.17	LIMITAZIONI .....	21
4.18	SINISTRI.....	22

## 1. PREMESSA

Il presente Capitolato speciale descrittivo e prestazionale (di seguito anche solamente "Capitolato") fissa le norme regolanti il Servizio Assicurativo per la copertura Rimborso Spese Mediche a favore dei dipendenti di Autostrada del Brennero S.p.A.

## 2. DEFINIZIONI

- **Aborto**: interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.
- **Aborto spontaneo**: interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.
- **Aborto terapeutico**: interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto.
- **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.
- **Anno**: periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.
- **Assicurato**: il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.
- **Assicurazione**: il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.
- **Assistenza**: l'aiuto in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.
- **Assistenza Infermieristica**: l'assistenza infermieristica prestata da personale sanitario fornito di specializzazione.
- **Atti ordinari della vita**:
  - Spostarsi: capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio.
  - Lavarsi: capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo.
  - Vestirsi: capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente.
  - Nutrirsi: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire.
- **Centrale Operativa/Struttura organizzativa**: è la struttura dell'Impresa assicuratrice costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della stessa, le prestazioni previste dalla polizza.  
La Centrale Operativa con linea telefonica Verde provvede a:

- organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;
  - fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.
- **Compagnia**: l'impresa assicuratrice.
  - **Contraente**: il soggetto che stipula la polizza, ovvero sia Autostrada del Brennero S.p.A.
  - **Day-hospital**: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.
  - **Difetto fisico**: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
  - **Documentazione sanitaria**: cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule 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.
  - **Indennità sostitutiva**: importo giornaliero erogato dalla Compagnia in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di polizza.
  - **Indennizzo**: la somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.
  - **Infortunio**: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.
  - **Intervento chirurgico**: qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.
  - **Intervento chirurgico ambulatoriale**: prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.
  - **Istituto di Cura**: ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
  - **Ivass**: istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da Isvap dal 1° gennaio 2013.

- **Lettera di Impegno**: (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche) documento con cui l'Assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy alla Compagnia.
- **Libera professione intramuraria**: l'attività che il personale medico alle dipendenze dell'SSN esercita in forma individuale o di equipe, al di fuori dall'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'Assicurato e con oneri a carico dello stesso.
- **Malattia**: qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.
- **Malformazione**: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
- **Massimale**: l'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Compagnia si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
- **Piano terapeutico**: (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche) documento sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato alla Compagnia per rendere possibile la successiva "presa in carico". Eventuali successive variazioni al piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova presa in carico da parte della Compagnia.
- **Polizza**: il documento che prova l'assicurazione.
- **Premio**: la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia. I mezzi di pagamento consentiti dalla Compagnia sono quelli previsti dalla normativa vigente.
- **Presa in carico**: (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche) comunicazione della Compagnia al Centro Odontoiatrico convenzionato in ordine alle prestazioni contenute nel piano terapeutico che la Compagnia stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.
- **Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza**: documento contenente le informazioni sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o rappresentante legale e dal medico curante.
- **Retta di degenza**: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.
- **Ricovero**: la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

- **Ricovero di lunga convalescenza:** (definizione relativa a "Stati di non Autosufficienza") la degenza in istituto di cura specializzata nell'assistenza agli anziani.
- **Rischio:** la probabilità del verificarsi del sinistro.
- **Scheda anamnestica:** (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche) documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'Assicurato, che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'Assicurato, con particolare riferimento alle' patologie che possono influire sulla sua salute.
- **Scoperto:** percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.
- **Sinistro:** il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per la Compagnia.
- **Somma garantita:** (definizione relativa a "Stati di non Autosufficienza") l'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la somma mensile massima che la Compagnia si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
- **Stato di salute "consolidato":** situazione irreversibile e permanente, relativa alla salute dell'Assicurato, di norma suscettibile solo di ulteriore aggravamento.
- **Struttura sanitaria convenzionata:** istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi - dedicati al presente Piano Sanitario - con cui la Compagnia ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

### **3. NORME COMUNI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE**

#### **3.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO E BUONA FEDE**

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Cod. Civ. si prende atto che la mancata o inesatta comunicazione da parte del Contraente di circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio non comporterà l'annullamento del contratto, né la decadenza dal diritto all'indennizzo, né la riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione sempre che il Contraente non abbia agito con dolo.

Le parti convengono che le variazioni che comportano aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi non sono soggette alla disciplina dell'art. 1898 del Codice Civile e l'eventuale nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, sempreché tali circostanze o mutamenti non riguardino l'inclusione di tipologie di rischi differenti dall'oggetto dell'assicurazione del presente contratto.

La Compagnia ha il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

#### **3.2 DIMINUZIONE DEL RISCHIO**

Nel caso di diminuzione del rischio la Compagnia è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (articolo 1897 Cod. Civ.) e rinuncia al relativo diritto di recesso. Si conviene, altresì, che la diminuzione del premio conseguente a casi previsti da detto articolo sarà immediata e la Compagnia corrisponderà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte, entro 30 giorni dalla comunicazione.

#### **3.3 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI – ALTRE ASSICURAZIONI**

L'Assicurato e il Contraente sono esonerati dalla comunicazione preventiva alla Compagnia dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio assicurato dal presente contratto, stipulate dal Contraente e/o dall'Assicurato.

L'Assicurato e il Contraente in caso di sinistro sono però tenuti a comunicare l'esistenza di altre assicurazioni, e devono comunicare il sinistro a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri.

Se al tempo del sinistro esistono altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato, o da altri per suo conto, per gli stessi rischi, la Compagnia risponde dei danni subiti dagli assicurati dalla presente polizza (con i relativi limiti di risarcimento e franchigie) per le garanzie non previste e/o per i capitali eventualmente insufficienti delle altre polizze.

#### **3.4 INFORMATIVA SUI SINISTRI**

La Compagnia si impegna a fornire al Contraente, con cadenza trimestrale, e in ogni caso sei mesi prima della scadenza del contratto, qualificati resoconti sullo stato dei sinistri denunciati sul presente contratto ed in formato digitale (Excel o equivalente), che comprendano i seguenti elementi:

- n° di riferimento o repertorio attribuito dalla Compagnia;
- data dell'evento;
- indicazione dell'Amministrazione interessata dal danno, ovvero l'Ente assicurato;
- indicazione del danneggiato e/o controparte interessata (se del caso);
- stato del sinistro (ovvero l'indicazione di liquidato, riservato o senza seguito);
- tipologia di sinistro;
- importo liquidato e/o riservato.

**3.5 TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI (SENSIBILI) DEGLI ASSICURATI**  
La Compagnia, in qualità di titolare del trattamento, garantisce che i dati personali e particolari (sensibili) degli assicurati siano trattati secondo la normativa vigente applicabile (Regolamento UE 679/2016 e normativa italiana applicabile), che la protezione di tali dati sia garantita in tutti i processi di trattamento, compreso il flusso informativo verso l'esterno, applicando logiche organizzative, modalità operative e sistemi informativi compliant al GDPR – Regolamento UE 679/2016.

### **3.6 RIPARTO DI COASSICURAZIONE E DELEGA** (operante se del caso)

L'assicurazione è ripartita tra le Compagnie assicuratrici elencate nel "Riparto" che segue, in base alle rispettive quote percentuali indicate.

Il termine "Compagnia" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici elencate nel "Riparto".

Ciascuna Compagnia è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, esclusa ogni responsabilità solidale.

Le Compagnie coassicuratrici riconosceranno come validi ed efficaci anche nei propri confronti, tutti gli atti compiuti dalla Compagnia delegataria per conto comune.

Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Compagnia Coassicuratrice Delegataria e del Contraente.

Ogni comunicazione data o ricevuta dalla Delegataria si intende data o ricevuta nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici.

I premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente alla Compagnia Delegataria per conto di tutte le Coassicuratrici.

Con la firma della presente polizza o dell'offerta economica in sede di gara, le Coassicuratrici danno mandato alla Compagnia Delegataria a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto; pertanto la firma apposta dalla Compagnia Delegataria rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

Compagnia ... Quota ... % - Delegataria

Compagnia ... Quota ... %

Compagnia ... Quota ... %

### **3.7 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO**

Si conviene fra le Parti che le condizioni contrattuali e di polizza saranno interpretate nella modalità più estensiva e più favorevole all'Assicurato e/o al Contraente.

### **3.8 RIFERIMENTO ALLE NORME DI LEGGE - FORO COMPETENTE**

Per quanto non previsto dalle condizioni contrattuali e di polizza valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana.

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro di Trento, sede del Contraente.

### **3.9 PAGAMENTO DEL PREMIO - TERMINI DI RISPETTO**

Il Corrispettivo, o premio, è frazionato in rate annuali aventi scadenza il 31 dicembre di ogni anno.

In deroga all'articolo 1901 del Codice Civile, il Contraente pagherà alla Compagnia la prima rata entro 60 giorni dalla data di effetto iniziale (le ore 24 del 31 dicembre 2018) e le rate successive entro 60 giorni dalla rispettiva scadenza.



In caso di variazioni onerose, il premio sarà pagato entro 60 giorni dalla data di effetto iniziale della variazione stessa.

Trascorsi senza esito i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno utile e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

### 3.10 FACOLTÀ DI RECESSO DA PARTE DELLA COMPAGNIA

Non applicabile al presente contratto.

## 4. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### 4.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia o infortunio;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- ospedalizzazione domiciliare;
- visite specialistiche, ticket per accertamenti diagnostici, alta specializzazione, alta specializzazione BIS;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- cure termali;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- prestazioni odontoiatriche e ortodontiche;
- cure oncologiche;
- lenti;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- stati di non autosufficienza;
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a. Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Compagnia
- b. Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Compagnia
- c. Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

Se entro un raggio di 20 Km dal luogo di residenza dell'Assicurato non risultano strutture convenzionate per poter usufruire della prestazione necessaria, l'Assicurato potrà recarsi in una struttura a libera scelta usufruendo di scoperti e franchigie previste per l'utilizzo di strutture convenzionate.

### 4.2 PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti in forza presso l'azienda Autostrada del Brennero S.p.A. e dei relativi nuclei familiari risultanti dallo stato di famiglia, intendendo per tali il coniuge o convivente "more uxorio" e i figli, che abbiano accettato entro la data di effetto indicata in polizza l'attivazione della presente copertura.

Qualora un dipendente decida di non aderire alla copertura nei termini di cui al precedente capoverso, non gli sarà più possibile l'attivazione della stessa in un momento successivo.

### 4.3 RICOVERO

#### 4.3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

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

##### Pre- ricovero

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

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

##### 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.

#### Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

#### Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

#### Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Compagnia, la garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

#### Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

#### Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

### 4.3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Compagnia rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura a un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 3.000,00 per ricovero.

### 4.3.3 DAY HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA ED INFORTUNIO

Nel caso di day-hospital, la Compagnia provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati. La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

### 4.3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Compagnia provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio": "Pre-ricovero", "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Post-ricovero" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

### 4.3.5 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

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

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

### 4.3.6 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Compagnia, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio": "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Retta di degenza", "Accompagnatore", "Pre e Post-ricovero", e "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

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

#### 4.3.7 PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO

In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Compagnia, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio", "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Retta di degenza", "Accompagnatore; "Pre e Post-ricovero", e "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

#### 4.3.8 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

La Compagnia, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione, sia in strutture convenzionate con la Compagnia che in strutture sanitarie private non convenzionate, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Compagnia concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 10.000,00 per persona.

#### 4.3.9 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

##### a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Compagnia ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

- punto "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":
  - "Pre e post ricovero";
  - "Assistenza infermieristica privata individuale";
- punto "Trasporto sanitario";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e di:

- punto "Parto cesareo";
- punto "Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo";
- punto "Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio";

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

##### b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Compagnia.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 15%, con il minimo non indennizzabile di € 500,00 ad eccezione di:

- punto "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":
  - "Retta di degenza";
  - "Assistenza infermieristica privata individuale";
  - "Accompagnatore";
- punto "Trasporto sanitario";
- punto "Parto cesareo";
- punto "Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo";
- punto "Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

- In caso di Day hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale, lo scoperto applicato è del 10%, con un minimo non indennizzabile di € 100,00.

#### c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Compagnia rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Compagnia ed effettuate da medici convenzionati" o "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Compagnia".

#### 4.3.10 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Compagnia, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità da parte della Compagnia di provvedere al pagamento delle spese di pre e post ricovero con le modalità di cui ai punti "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio": Pre-ricovero e Post ricovero, avrà diritto a un'indennità di € 50,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

Le spese relative alle garanzie di pre e post ricovero in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di eventuali limiti previsti al punto "Modalità di erogazione delle prestazioni" e assoggettate a un massimale annuo per nucleo familiare pari a € 2.000,00.

#### 4.3.11. MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 150.000,00 per nucleo familiare.

#### 4.4 VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, ALTA SPECIALIZZAZIONE, ALTA SPECIALIZZAZIONE BIS

##### 4.4.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Compagnia provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Compagnia, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 20,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

#### 4.4.2 ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Compagnia provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

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

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Radioterapia

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Compagnia, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 20,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

#### 4.4.3 ALTA SPECIALIZZAZIONE BIS

La Compagnia provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

- Radiografie
- Ecografie
- Egds
- Laserterapia a scopo fisioterapico

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Compagnia, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 20,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

#### 4.4.4 MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni di cui al punto 4.4 "VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, ALTA SPECIALIZZAZIONE, ALTA SPECIALIZZAZIONE BIS" corrisponde a € 3.000,00 per nucleo familiare.

#### 4.5 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

La Compagnia provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa. Sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfo-drenaggio, pressoterapia, shiatsu.

È prevista l'agopuntura effettuata anche a fini antalgici.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Compagnia, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo non indennizzabile di € 20,00 per fattura/persona.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 350,00 per nucleo familiare.

#### 4.6 CURE TERMALI

La Compagnia provvede al pagamento delle spese sostenute per cure termali (sono comunque escluse le spese di natura alberghiera) conseguenti a malattia o a infortunio, sempreché siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato o presso Istituti autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie termali.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Compagnia, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% e minimo non indennizzabile di € 70,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni sopra indicate corrisponde a € 500,00 per nucleo familiare.

#### 4.7 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'articolo "Esclusioni dall'assicurazione", la Compagnia provvede al pagamento di una visita specialistica e una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo mediante utilizzo di ultrasuoni o, in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso a un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con la Compagnia, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Compagnia provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. Nel caso di utilizzo di struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata alla Compagnia.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Compagnia, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 10% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Compagnia al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

#### 4.8 ODONTOIATRIA / ORTODONZIA

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione", la Compagnia provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate.

##### 4.8.1.CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE, ORTODONZIA E PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE DI TIPO ODONTOIATRICO E ORTODONTICO

La Compagnia provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Compagnia, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 10% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Compagnia al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.



#### 4.8.2 MASSIMALE

Il massimale annuo Assicurato corrisponde a € 1.000,00 per nucleo familiare. Nel massimale è compresa la prestazione di cui al punto 4.7 "Prestazioni odontoiatriche particolari".

Gli eventuali importi di spesa eccedenti il massimale annuo assicurato dovranno essere versati dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Compagnia al momento dell'emissione della fattura.

#### 4.9 CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche la Compagnia liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero), con massimale autonomo.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Compagnia, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 3.000,00 per nucleo familiare.

#### 4.10 LENTI

La Compagnia rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto nel limite annuo di € 250,00 per nucleo familiare.

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

La Compagnia provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 15% per fattura/persona.

#### 4.11 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

La Compagnia provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate e non convenzionate con la Compagnia. Nel primo caso, le strutture sanitarie devono essere preventivamente indicate dalla Centrale Operativa. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

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

Prestazione previste per gli uomini:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- 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
- PSA.

Prestazione previste per le donne:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- 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
- pap-test.

#### 4.12 PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE DELLA SOCIETA'

Qualora per una delle prestazioni appartenenti a una delle garanzie sopra indicate non sia attivabile la copertura nel piano sanitario per esaurimento del massimale o prestazione inferiore alla franchigia e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati della Compagnia con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

#### 4.13 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE (GARANZIA PER IL SOLO DIPENDENTE)

##### 4.13.1 OGGETTO DELLA "GARANZIA

La Compagnia garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Assicurato (solo per il dipendente) quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza".

##### 4.13.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate 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 ordinari della vita di seguito indicati:
  - a. spostarsi;
  - b. lavarsi;
  - c. vestirsi;
  - d. nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da

diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie 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) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.

4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

#### 4.13.3. SOMMA ASSICURATA

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a € 650,00 da corrispondersi per una durata massima di 1 anno.

#### 4.13.4. 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 poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (la capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo);
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire);
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente);

e necessari in modo costante:

- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

#### 4.14 SERVIZI DI CONSULENZA

##### In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa della Compagnia telefonando

Dall'Italia al numero verde -----

Dall'estero al numero avente prefisso internazionale 0039 (italia) -----

dal Lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

##### a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a: strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;

– indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);

– centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;

– farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

##### b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia.

##### c) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

#### 4.15 PREMI

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

a) Dipendenti: €

Resta inteso che la quotazione formulata in sede di gara verrà applicata agli eventuali cambiamenti (sostituzioni, esclusioni ed inclusioni) che risulteranno alla data di effetto della copertura.

E' altresì prevista, mediante adesione volontaria, la possibilità di inserimento in garanzia del nucleo familiare del dipendente Assicurato, inteso come coniuge o convivente "more uxorio" e figli, risultanti dallo stato di famiglia.

Tale inserimento sarà effettuato dalla Compagnia subordinatamente alla propria positiva valutazione e accettazione del questionario anamnestico da essa predisposto per assumere il rischio.

In tale caso:

- sarà corrisposto un unico premio aggiuntivo annuo per nucleo familiare, indipendentemente dal numero di familiari assicurati, determinato moltiplicando il premio unitario per dipendente singolo offerto in sede di gara per il coefficiente anch'esso offerto in sede di gara (comunque non superiore a 0,65);
- al fine di determinare il raggiungimento dei massimali previsti dal presente Capitolato saranno considerati i capitali erogati complessivamente al dipendente e al suo nucleo familiare assicurato.

Qualora dalla valutazione del predetto questionario anamnestico emergano elementi di aggravamento del rischio la Compagnia potrà proporre diverse condizioni normative ed economiche.

#### 4.16 INCLUSIONI / ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i dipendenti, e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui all'art. "Persone assicurate", le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

a) Inclusione del coniuge o del convivente "more uxorio" e dei figli tutti risultanti dallo stato di famiglia

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli tutti risultanti da stato di famiglia, possono essere inclusi mediante pagamento del relativo premio ed invio dell'apposito modulo; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli di dipendenti neoassunti sempreché risultanti dallo stato di famiglia.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

b) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto "Persone assicurate", secondo capoverso, in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Compagnia dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Compagnia, sempreché sia stato pagato il relativo premio. Nel caso di uscita dallo stato di famiglia da parte di un familiare la copertura cessa alla prima scadenza annua successiva la variazione stessa, sempreché comunicata entro la scadenza dell'anno in cui è intervenuta la modifica.

c) Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto di polizza

Le inclusioni di dipendenti in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente e i familiari indicati al punto "Persone assicurate", primo capoverso, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Compagnia entro 30 giorni dalla data di assunzione o di avvenuto superamento del periodo di prova qualora previsto. Qualora l'inserimento venga comunicato successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Compagnia. Qualora il dipendente intenda inserire l'eventuale coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli tutti risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto dell'assunzione e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Compagnia dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 1, 2 e 3 del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde:

- al 100% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre assicurativo;
  - al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre assicurativo.

d) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

#### 4.17 LIMITAZIONI

##### 4.17.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

##### 4.17.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

- a. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
- b. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- c. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- d. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- e. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- f. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- g. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
- h. si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- i. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- j. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- k. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- l. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;

- m. gli infortuni dovuti a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose in genere;
- n. 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;
- o. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- p. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Odontoiatria/Ortodonzia" l'assicurazione non è operante per:

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

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente" in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, l'assicurazione non è operante per le conseguenze:

- a. di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- b. gli infortuni dovuti a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose in genere;
- c. di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- d. 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;
- e. dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- f. 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, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- g. di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- h. di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato;
- i. delle terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- j. di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.

#### 4.17.3 LIMITI DI ETA'

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del 76° anno d'età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

#### 4.18 SINISTRI

##### 4.18.1 DENUNCIA'DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa della Compagnia al numero verde gratuito ..... (dall'estero numero composto dal prefisso internazionale per l'Italia +39 ..... ) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti "Sinistri in strutture convenzionate con la Compagnia (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)", "Sinistri in strutture convenzionate con la Compagnia

(sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)", "Sinistri in strutture non convenzionate con la Compagnia" o "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

All'interno dell'Area riservata accessibile dal sito [www.....](http://www.....), l'Assicurato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati dedicati al suo specifico Piano sanitario.

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Compagnia senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti "Sinistri in strutture non convenzionate con la Compagnia", "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) " Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Compagnia" e "Sinistri in strutture non convenzionate con la Compagnia".

Se entro un raggio di 20 Km dal luogo di residenza dell'Assicurato non risultano strutture convenzionate per poter usufruire della prestazione necessaria, l'Assicurato potrà recarsi in una struttura a libera scelta usufruendo di scoperti e franchigie previste per l'utilizzo di strutture convenzionate.

#### 4.18.2 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA COMPAGNIA (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DIVERSE DALL' ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/ o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno, con cui l'Assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Compagnia provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Compagnia a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale Assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti "Sinistri in strutture non convenzionate con la Compagnia" o "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Compagnia e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Se entro un raggio di 20 Km dal luogo di residenza dell'Assicurato non risultano strutture convenzionate per poter usufruire della prestazione necessaria, l'Assicurato potrà recarsi in una struttura a libera scelta usufruendo di scoperti e franchigie previste per l'utilizzo di strutture convenzionate.

#### 4.18.3 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA COMPAGNIA (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)

L'Assicurato, o il Centro odontoiatrico convenzionato, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e la conseguente

trasmissione della "presa in carico" al centro odontoiatrico relativa alle prestazioni sanitarie cui l'Assicurato stesso ha diritto.

In occasione del primo sinistro nella struttura sanitaria convenzionata, il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà la "scheda anamnestica" relativa all'apparato masticatorio dell'Assicurato, mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel piano terapeutico.

Il dentista invierà alla Compagnia:

- la scheda anamnestica compilata in ogni parte;
- l'eventuale piano terapeutico, condiviso con l'Assicurato, insieme ai referti, alle radiografie, ecc..

Successivamente all'esame di tale documentazione la Compagnia provvederà ad inviare alla struttura convenzionata la "presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura.

La "presa in carico" varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere la lettera di impegno. La Compagnia provvederà, nei limiti indicati nelle singole garanzie, a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni prese in carico. A tal fine l'Assicurato delega la Compagnia a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese restanti a suo carico per prestazioni non completamente pagate dalla Compagnia, non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale Assicurato, non prese in carico.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato non verranno liquidate.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Compagnia e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Se entro un raggio di 20 Km dal luogo di residenza dell'Assicurato non risultano strutture convenzionate per poter usufruire della prestazione necessaria, l'Assicurato potrà recarsi in una struttura a libera scelta usufruendo di scoperti e franchigie previste per l'utilizzo di strutture convenzionate.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare alla Compagnia, la documentazione necessaria:

- > modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- > in caso di ricovero(\*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- > in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(\*), copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- > in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- > copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Compagnia, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

(\*). Tutta la documentazione sanitaria relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero / intervento chirurgico ambulatoriale, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Compagnia avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli



originali della predetta documentazione. Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Compagnia della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Compagnia e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Compagnia" per le garanzie di ricovero e con le modalità riportate nei singoli punti delle garanzie di specialistica, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Se entro un raggio di 20 Km dal luogo di residenza dell'Assicurato non risultano strutture convenzionate per poter usufruire della prestazione necessaria, l'Assicurato potrà recarsi in una struttura a libera scelta usufruendo di scoperti e franchigie previste per l'utilizzo di strutture convenzionate.

#### 4.18.4 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti "Sinistri in strutture convenzionate con la Compagnia (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)", "Sinistri in strutture convenzionate con la Compagnia (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)", "Sinistri in strutture non convenzionate con la Compagnia".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

#### 4.18.5 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE DA PARTE DELLA COMPAGNIA

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

- a. chiamare il numero verde gratuito ..... (dall'estero numero composto dal prefisso internazionale per l'Italia +39 ..... ) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Compagnia ai fini della valutazione medica finale;
- b. produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire all'indirizzo della Compagnia: ..... - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato;

- inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento - invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Compagnia tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

La Compagnia ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Nel caso in cui l'Assicurato sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata la Compagnia, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, decorre dal momento in cui la Compagnia considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato, sempre che lo stesso si trovi in una situazione di non autosufficienza ovvero si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (la capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo). Se una persona ad esempio, ha bisogno di aiuto unicamente per lavarsi i capelli non verrà riconosciuta nell'incapacità di lavarsi;
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire). Se una persona ad esempio non è in grado di tagliare gli alimenti o aprire le confezioni, non verrà riconosciuta nell'incapacità di nutrirsi;
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio). Se una persona ad esempio può spostarsi da sola con l'aiuto di un bastone, di una stampella, di una carrozzella o di altra attrezzatura adatta, non verrà riconosciuta nell'incapacità di spostarsi da sola;
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente). Se una persona ad esempio ha il solo handicap di allacciarsi le scarpe o il solo fatto di non potere indossare o togliere le calze non verrà riconosciuta nell'incapacità di vestirsi

In risposta, la Compagnia invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata alla Compagnia.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

La Compagnia avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della

liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

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

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

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, con le modalità di cui agli articoli successivi decorre dal momento in cui la Compagnia considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

#### 4.18.6 MODALITÀ DI RIMBORSO /RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Compagnia secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita - entro i limiti previsti all'articolo "Somma assicurata" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli:

- erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;
- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro).

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

#### 4.18.7 EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA

Qualora l'Assicurato richieda l'attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale sanitario convenzionati con la Compagnia, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.

La struttura e/o il personale sanitario convenzionati non potranno comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti la somma assicurata o non autorizzate dalla Compagnia.

#### 4.18.8 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato all'indirizzo della Compagnia:..... - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato;
- inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento - invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;

- qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Compagnia tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria. Nel caso in cui l'Assicurato sia assistito in modo continuativo da una badante, dovrà essere prodotta la documentazione idonea a comprovare l'esistenza del rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione alla Compagnia della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Compagnia, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

#### 4.18.9 ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

La Compagnia si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato. In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Compagnia.

#### 4.18.10 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

##### A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Compagnia effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

##### B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Compagnia

La documentazione di spesa ricevuta dalla Compagnia in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre - qualora la Compagnia dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali - si restituisce all'Assicurato, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Compagnia, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e valutate nel corso del mese;
- riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

#### 4.18.11 CONTROVERSIE ED ARBITRATO IRRITUALE

In sede di esecuzione della prestazione, le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati: uno dalla Compagnia, uno dall'Assicurato e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicili elettivo dell'Assicurato.

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

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

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

Resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

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