

Copertura Sanitaria Fondo mètaSalute n. 100609 per i lavoratori aderenti al Fondo

Contratto di Assicurazione per il rimborso
delle spese mediche da malattia e da infortunio

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa, comprensiva del Glossario**
- b) Condizioni di Assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente la
Nota Informativa**

Edizione 28/12/2017

RBM Assicurazione Salute S.p.A. - Socio Unico

SOMMARIO

Nota Informativa:

-
- Glossario
-

Condizione di Assicurazione comprensive di:

-
- Norme che regolano la Convenzione
-

- SEZIONE I

- Condizioni Generali di Assicurazione
 - Descrizione delle Prestazioni Assicurate
 - Delimitazioni ed Esclusioni dell'Assicurazione
 - Liquidazione dell'indennizzo
-

- SEZIONE II

- Servizi aggiuntivi Previmedical
-

- ALLEGATI

- 1) Elenco Grandi Interventi Chirurgici
 - 2) Elenco specialità medicinali (preconfezionati dalle industrie farmaceutiche) e farmaci generici non rimborsati dal SSN (fascia C) a massimale pieno
 - 3) Guida alle prestazioni sanitarie - Regime di assistenza diretta e regime rimborsuale
 - 4) Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac-simile)
 - 5) Informativa relativa alle aree web riservate attivate ai sensi del Provvedimento IVASS n.7 del 16 luglio 2013
-

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assistito, contenute del presente contratto, sono riportate in carattere "sottolineato".

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto da IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. (di seguito per brevità anche RBM Salute S.p.A.) ha sede legale e direzione generale in Italia, via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol Treviso, sede secondaria via Victor Hugo, 4, 20123 Milano recapito telefonico 02-91431789 ed è Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 2/11/2007 n. 255).

Recapito telefonico: 0422 062700, sito internet: www.rbmsalute.it, indirizzo di posta elettronica: info@rbmsalute.it; rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa¹

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2016

Patrimonio netto:	€ 83.622.481,00
di cui - capitale sociale:	€ 60.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 8.231.497,00
Indice di solvibilità ^[1] :	187%

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

3. Effetto e durata della Convenzione

La presente Convenzione ha una durata pari a quella dell'Accordo Quadro stipulato tra il Fondo Metàsalute e RBM Assicurazione Salute Spa.

4. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La copertura prevede il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per Ospedaliere (Ricoveri, ecc.), Extraospedaliere, fisioterapia, odontoiatria, prevenzione, invalidità permanente, altre prestazioni, prestazioni sociali e conto salute (vedi art. 11 delle CGA ed allegati 1 e 2).

In caso di ricovero nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale la copertura prevede il pagamento di un'indennità prestabilita per ogni giorno di ricovero (vedi art. 11 delle CGA).

Avvertenza: la copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza, prevede esclusioni (vedi art. 12 delle CGA) e cause di non assicurabilità (vedi art. 13 delle CGA).

¹ I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) vengono aggiornati annualmente a seguito dell'approvazione del bilancio della Compagnia. L'indice di solvibilità al 279%, calcolato in relazione all'esercizio 2017, sarà consolidato in base alle normative vigenti con l'approvazione del bilancio di esercizio 2017.

Per la loro consultazione si rinvia al sito www.rbmsalute.it - informazioni societarie

^[1] L'indice di solvibilità rappresenta rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo per nucleo familiare per il totale degli indennizzi di ogni garanzia (vedi art. 11 delle CGA, allegati 1 e 2). Ad esempio il massimale della garanzia “Alta Specializzazione” del Piano Sanitario Base è di € 20.000 e pertanto il totale degli indennizzi in un anno non potrà superare tale importo.

Avvertenza: La copertura prevede limiti massimi per prestazione (vedi art. 11 delle CGA ed Allegato 1 e 2). Ad esempio della garanzia “Visite specialistiche” del Piano Sanitario Base, in caso di visite in strutture non convenzionate è previsto un limite massimo di € 55 per visita.

Avvertenza: Non sono previsti limiti massimi di età assicurabile (vedi art. 13 delle CGA).

5. Periodi di carenza contrattuali

La polizza prevede periodi di carenza nei quali la copertura non è attiva.

6. Dichiarazioni dell'assistito in ordine alle circostanze del rischio -Questionario sanitario - Nullità

Avvertenza: le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assistito e/o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile (vedi art. 1 delle CGA).

Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario.

7. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'assistito deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Ad esempio, in caso di aggravamento del rischio che va comunicato (vedi art. 5 e 6 delle CGA).

8. Premi

Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società direttamente, mediante bonifico bancario.

Il premio, dovrà essere corrisposto con frazionamento mensile (vedasi art. 3 delle CGA).

9. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.

10. Diritto di recesso

Avvertenza: la facoltà di recesso è esercitabile da parte del Fondo Metàsalute così come definito nell'Accordo Quadro stipulato tra il Fondo Metàsalute e RBM Assicurazione Salute Spa.

11. Tacito rinnovo

E' previsto il tacito rinnovo così come definito nell'Accordo Quadro stipulato tra il Fondo Metàsalute e RBM Assicurazione Salute Spa.

12. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto (art. 2952 del codice civile)

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e si prescrivono in due anni dal giorno in cui si e' verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

13. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

14. Regime fiscale

Il premi sono sottoposti a tassa del 2,50%.

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

15. Sinistri – Liquidazione dell’indennizzo

Avvertenza: la data del sinistro è quella in cui si è verificato il ricovero, anche in regime di Day Hospital o, se non vi è stato ricovero, l’intervento chirurgico in ambulatorio; in caso di prestazioni extraospedaliere, la data del sinistro è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Il sinistro deve essere denunciato per iscritto alla Società non appena l’assistito o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità; la Società può richiedere che l’assistito sia visitato da un proprio fiduciario (vedi art. 14 delle CGA)

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza rimborsuale e mista è indicata in apposita Guida (vedi allegato n. 3 “GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE”).

16. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: la copertura è prestata anche in forma diretta tramite istituti di cura e medici convenzionati (vedi art. 14 delle CGA). Per ricevere le prestazioni in tale regime di assistenza, l’Assistito dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa per ottenere l’autorizzazione.

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta è indicata in apposita Guida (vedi Allegato n. 3 “GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE”).

Si rinvia al sito www.rbmsalute.it per l’elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati.

17. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto a RBM Assicurazione Salute S.p.A. - Servizio Clienti - Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) – loc. Borgo Verde, oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all’indirizzo di posta elettronica reclami@rbmsalute.it utilizzando il fac-simile disponibile sul sito www.rbmsalute.it, nella sezione dedicata ai reclami.

RBM Assicurazione Salute provvederà ad inviare risposta al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione dello stesso.

Qualora l’esponente non fosse soddisfatto della risposta ricevuta, o non ricevesse risposta entro i 45 giorni dalla presentazione del reclamo, prima di interessare l’Autorità giudiziaria potrà:

- rivolgersi all’IVASS, utilizzando il fac-simile di lettera disponibile sul sito dell’Autorità di Vigilanza, al seguente link:
http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F2180/Allegato2_Guida%20ai%20reclami.pdf
- avvalersi della procedura di mediazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs. n. 28/2010 per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi ad un Organismo di Mediazione – a sua libera scelta - accreditato presso il Ministero della Giustizia;
- avvalersi degli altri sistemi alternativi vigenti per la risoluzione delle controversie.

Resta salva, in ogni, caso la facoltà di adire l’Autorità Giudiziaria.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l’attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell’Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all’IVASS o direttamente al sistema estero competente individuabile accedendo al sito Internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net> chiedendo l’attivazione della procedura FIN-NET.

18. Arbitrato

Per la risoluzione delle controversie relative al presente contratto o comunque ad esso connesse le Parti possono adire l'Autorità Giudiziaria competente, previo esperimento del tentativo di mediazione richiesto come condizione di procedibilità ai sensi di legge, in quanto non è prevista alcuna forma di arbitrato. Per i dettagli si rinvia all'articolo "Controversie" delle Condizioni generali di Assicurazione

RBM Assicurazione Salute S.p.A è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

**Amministratore Delegato e Direttore Generale
RBM Assicurazione Salute Spa**

GLOSSARIO

Assistito: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, ovvero l'Assicurato.

Assicurazione: il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assistito entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Carenza: il periodo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza della contribuzione in favore del Fondo per l'attivazione del Piano Sanitario e la decorrenza delle prestazioni.

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 eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Certificato di assicurazione: il documento rilasciato dalla Società che riporta gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, il premio, gli estremi dell'Aderente, i soggetti assicurati, ecc).

Chirurgia Bariatrica: detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Contraente Fondo mètaSalute, viale Europa, 55 – 00144 Roma (RM), C.F. 97678500584, il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.

Convalescenza: periodo dopo la dimissione dall'istituto di cura che comporti una inabilità temporanea totale.

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Si considera Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

Evento/Data Evento: Il verificarsi del sinistro, ovvero l'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione, durante l'operatività della copertura. Spese a cavallo di due annualità assicurative saranno imputate all'anno di accadimento dell'evento.

- **Prestazioni Ospedaliere** - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie)

La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.

- **Prestazioni Extraospedaliere** - tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente.

La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Franchigia: la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Fondo: Fondo mètaSalute, viale Europa, 55 – 00144 Roma (RM), C.F. 97678500584, soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art. 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Indennità sostitutiva: indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il rimborso di spese sanitarie.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento ambulatoriale: Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

Intervento Chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Intervento Chirurgico concomitante: qualsiasi procedura chirurgica effettuata nella medesima sessione dell'intervento principale.

Intramoenia: prestazioni 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 universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA).

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

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata; pertanto consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che per loro natura o

complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambiente ambulatoriale.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

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

Massimale: la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

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

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.rbmsalute.it.

Nucleo familiare:

oltre al titolare lavoratore:

1) i soggetti di cui all'art. 12, lett. a) e c) del DPR. n. 917/1986, ossia

- il coniuge fiscalmente a carico del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato;

- i figli fiscalmente a carico (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati).

2) i conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (commi 36-65 dell'Art. 1).

I soggetti di cui ai precedenti punti non devono possedere un reddito complessivo annuo (intendendosi quello d'imposta) superiore ad euro 2.840, 51 (DPR. n. 917/1986, punto n.

2) o quello pro tempore vigente.

Inoltre:

- i figli non fiscalmente a carico purché conviventi;

- i figli non fiscalmente a carico e non conviventi sino ai 30 anni di età che siano regolarmente iscritti ad Università aventi sede in provincia diversa dal genitore titolare della copertura.

Nucleo familiare non a carico:

E' data facoltà al Titolare iscritto al Fondo di poter estendere la copertura ad adesione volontaria e a fronte del pagamento del relativo premio anche ai familiari non fiscalmente a carico non rientranti nella definizione di “nucleo familiare”, intesi per tali:

- il coniuge non fiscalmente a carico del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato;
- figli non fiscalmente a carico non conviventi affidati con sentenza di separazione/divorzio all'ex coniuge;
- i conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (commi 36-65 dell'Art. 1).

Optometrista: professionista sanitario, non medico, laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi e/o soggettivi strumentali lo stato refrattivo del soggetto, al fine di determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica al soggetto.

Polizza: i documenti che descrivono e provano l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Prestazioni miste: prestazioni mediche eseguite presso strutture convenzionate con il Network Previmedical, ma da professionisti non convenzionati.

Protesi acustica (Apparecchio acustico): è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica .

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

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

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

Rimborso/Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Scoperto: la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione.

Sport Professionistico: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Società: RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Sub-massimale: la spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle CGA, fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

Test genetici prenatali non invasivi: test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per la valutazione di aneuploidie fetali.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa 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. eseguiti da medico o da – fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge.

Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita Specialistica: 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.

Convenzione Rimborso Spese Mediche da Malattia e da Infortunio

Condizioni di Assicurazione

GLOSSARIO

Assistito: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, ovvero l'Assicurato.

Assicurazione: il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assistito entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Carenza: il periodo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza della contribuzione in favore del Fondo per l'attivazione del Piano Sanitario e la decorrenza delle prestazioni.

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 eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Certificato di assicurazione: il documento rilasciato dalla Società che riporta gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, il premio, gli estremi dell'Aderente, i soggetti assicurati, ecc).

Chirurgia Bariatrica: detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Contraente Fondo mètaSalute, viale Europa, 55 – 00144 Roma (RM), C.F. 97678500584, il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.

Convalescenza: periodo dopo la dimissione dall'istituto di cura che comporti una inabilità temporanea totale.

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Si considera Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

Evento/Data Evento: Il verificarsi del sinistro, ovvero l'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione, durante l'operatività della copertura. Spese a cavallo di due annualità assicurative saranno imputate all'anno di accadimento dell'evento.

- **Prestazioni Ospedaliere** - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie)

La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.

- **Prestazioni Extraospedaliere** - tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente.

La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Franchigia: la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Fondo: Fondo mètaSalute, viale Europa, 55 – 00144 Roma (RM), C.F. 97678500584, soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art. 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Indennità sostitutiva: indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il rimborso di spese sanitarie.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento ambulatoriale: Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

Intervento Chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Intervento Chirurgico concomitante: qualsiasi procedura chirurgica effettuata nella medesima sessione dell'intervento principale.

Intramoenia: prestazioni 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 universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA).

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

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata; pertanto consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che per loro natura o

complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambiente ambulatoriale.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

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

Massimale: la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

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

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.rbmsalute.it.

Nucleo familiare:

oltre al Titolare lavoratore:

- 1) i soggetti di cui all'art. 12, lett. a) e c) del DPR. n. 917/1986, ossia
 - il coniuge fiscalmente a carico del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato;
 - i figli fiscalmente a carico (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati).
- 2) i conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (commi 36-65 dell'Art. 1).

I soggetti di cui ai precedenti punti non devono possedere un reddito complessivo annuo (intendendosi quello d'imposta) superiore ad euro 2.840,51 (DPR. n. 917/1986, punto n. 2) o quello pro tempore vigente.

Inoltre:

- i figli non fiscalmente a carico purché conviventi;
- i figli non fiscalmente a carico e non conviventi sino ai 30 anni di età che siano regolarmente iscritti ad Università aventi sede in provincia diversa dal genitore titolare della copertura.

Nucleo familiare non a carico:

E' data facoltà al Titolare iscritto al Fondo di poter estendere la copertura ad adesione volontaria e a fronte del pagamento del relativo premio anche ai familiari non fiscalmente a carico non rientranti nella definizione di “nucleo familiare”, intesi per tali:

- il coniuge non fiscalmente a carico del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato;
- figli non fiscalmente a carico non conviventi affidati con sentenza di separazione/divorzio all'ex coniuge;
- i conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (commi 36-65 dell'Art. 1).

Optometrista: professionista sanitario, non medico, laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi e/o soggettivi strumentali lo stato refrattivo del soggetto, al fine di determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica al soggetto.

Polizza: i documenti che descrivono e provano l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Prestazioni miste: prestazioni mediche eseguite presso strutture convenzionate con il Network Previmedical, ma da professionisti non convenzionati.

Protesi acustica (Apparecchio acustico): è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica .

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

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

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

Rimborso/Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Scoperto: la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione.

Sport Professionistico: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Società: RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Sub-massimale: la spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle CGA, fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

Test genetici prenatali non invasivi: test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per la valutazione di aneuploidie fetali.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa 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. eseguiti da medico o da – fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato

motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge.

Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita Specialistica: 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.

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

11. Oggetto dell'Assicurazione

La Società assicura, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nelle singole opzioni, il rimborso delle spese sostenute a seguito di malattia o infortunio avvenuto dopo la data di entrata in copertura del singolo Iscritto, ad eccezione della garanzia di invalidità permanente.

Si precisa che le spese a cavallo di due annualità assicurative saranno imputate all'anno di accadimento dell'evento, come previsto nella definizione di "evento/data evento".

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO C

Il presente Piano Sanitario opera in caso di malattia o infortunio avvenuto dopo la data di entrata in copertura del singolo Iscritto, ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, per le seguenti prestazioni:

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (esteso a TUTTI gli interventi chirurgici) **ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale**

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico;
- indennità sostitutiva per intervento chirurgico;
- ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico;
- diaria da convalescenza post ricovero con intervento chirurgico;
- Neonati – ricovero per intervento chirurgico

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- ticket per accertamenti diagnostici;
- accertamenti diagnostici
- pacchetto maternità (inclusa copertura per parto cesareo)

C) FISIOTERAPIA

- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio;
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento;
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia;

D) ODONTOIATRIA

- Cure dentarie;
- visita odontoiatrica e/o igiene orale;
- Visita pedodontica e/o ablazione tartaro-,
- Sigillatura denti figli minorenni;
- Apparecchi ortodontici per minori;
- interventi chirurgici odontoiatrici;
- Prestazioni odontoiatriche d'urgenza;
- Implantologia stand alone, compresa manutenzione impianti e sostituzione corone;

E) PREVENZIONE

- Screening generici;
- prevenzione base

- pacchetto donna;
- pacchetto uomo;
- prevenzione minori;
- prevenzione terziaria;
- altri controlli

F) INVALIDITA' PERMANENTE

- invalidità permanente;
- monitoraggio domiciliare del paziente
- servizi di assistenza globale integrata organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne;

G) ALTRE PRESTAZIONI

- interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery);
- Lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto
- Procreazione medicalmente assistita;
- Farmaci
- Rimborso ticket per acquisto medicinali;
- Visita di controllo;
- Trisomia 21;
- Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore ricoverato in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA);
- Servizio di Guardia Medica Pediatrica e Visita Domiciliare Pediatrica;
- Visite psicologiche/psichiatriche
- Logopedia figli minorenni
- Prestazioni figli: obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari
- Promozione dell'attività sportiva
- Spese per la frequenza di Colonie Estive
- Protesi/Ausili medici ortopedici e acustici
- Cure termali

H) PRESTAZIONI SOCIALI

- Indennità di maternità o paternità per astensione facoltativa
- Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili
- Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per i genitori in LTC temporanea
- Rette Asili Nido;
- Consulto nutrizionale e dieta personalizzata;
- Borse di Studio per i figli dei dipendenti;

I) "CONTO SALUTE"

- Piano di risparmio sanitario

AVVERTENZA: L'estensione del Piano Sanitario ai familiari comporta la condivisione dei massimali annui indicati alle singole garanzie tra il titolare ed i relativi familiari aderenti, fatta salva la facoltà dei soli familiari rientranti nella definizione di "nucleo familiare non a carico" di aderire in alternativa con massimali autonomi.

**A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO
(esteso a TUTTI gli interventi chirurgici) ed estensione ad interventi
eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale**

**A.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI
ESEGUITI IN DH, DS O IN REGIME AMBULATORIALE (TUTTI gli interventi chirurgici)**

Qualora l'Isritto debba effettuare un intervento chirurgico può godere delle seguenti prestazioni:

Prima del ricovero

- Gli esami, gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche effettuati nei giorni precedenti l'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

Immunonutrizione prima del ricovero

- nell'ambito della garanzia ricovero si intendono ricompresi anche i prodotti di immunonutrizione specifici nella misura di 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico secondo lo stato nutrizionale del paziente, come da protocollo validato dagli studi clinici e raccomandato dall'OMS.

La Società garantisce il servizio di reperimento senza alcun costo a carico dell'Assistito, presso le Strutture Sanitarie o presso la farmacia più vicina all'abitazione del paziente.

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico e risultante dal referto operatorio;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito;
- le rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle concernenti il *comfort* o i *bisogni non essenziali del degente*;
- Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero;

Dopo il ricovero

- Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero (senza limite di giorni), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Monitoraggio domiciliare del paziente nel pre/post ricovero e lungodegenza

- La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si apprestano ad affrontare un percorso operatorio e/o che abbiano subito un ricovero, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assistito, che l'assistito potrà richiedere contattando la Centrale Operativa.. La durata del programma è di **120** giorni (Programma 1).

Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 1 sono i seguenti:

- pressione Arteriosa / Cuore
- ossigeno (O₂) e saturazione del sangue

- peso corporeo

La garanzia opera anche durante l'assistenza domiciliare in relazione a patologie croniche. In tal caso il programma ha la medesima durata della non autosufficienza o lungodegenza stessa (Programma 2).

Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 2 sono i seguenti:

- pressione Arteriosa / Cuore
- ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
- peso corporeo
- cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch)
- temperatura corporea (ingresso manualmente)
- controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)

Entrambe i programmi prevedono:

- consegna ed installazione presso il domicilio dell'Assistito di una serie di dispositivi tecnologici ai fini del completo monitoraggio dei parametri vitali;
- training al domicilio da parte di personale medico/infermieristico sull'utilizzo e la manutenzione dell'infrastruttura tecnologica;
- licenza software per l'utilizzo della piattaforma di RPM;
- servizio di trasferimento dati tramite gateway verso server dedicato presente sul territorio italiano;
- sistema di archiviazione sicura su server dei dati derivanti dal monitoraggio e servizio di disaster recovery;
- servizio di assistenza tecnica e tecnologica dedicato all'assistito tramite call center;
- rilascio delle certificazioni relative alle attrezzature, alla trasmissione ed all'archiviazione dei dati di monitoraggio;
- ritiro e spedizione dalla residenza del paziente al centro più vicino dei dispositivi rilasciati ai fini della manutenzione e ricondizionamento degli stessi.

Rette di degenza dell'Accompagnatore

il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assistito, debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc).

Trasporto di primo soccorso

Il trasporto con ambulanza dell'Assistito presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, sia in Italia che all'Estero senza limite chilometrico. In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

A.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto per per TUTTI gli interventi chirurgici, è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Sono previsti dei limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento così come elencato al successivo allegato 1, in base alla tipologia di intervento:

- **€ 18.000,00** Interventi Chirurgici ordinari

- **€ 22.500,00** Interventi Chirurgici complessi
- **€ 45.000,00** Trapianti

Inoltre:

in caso di interventi non ricompresi nel successivo allegato 1, il massimale previsto è di € 8.000,00 per intervento.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

A.1.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente ed **integralmente** dalla Società alle strutture convenzionate.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di alcun importo** a carico dell'Isritto ed **entro i massimali previsti per i singoli interventi chirurgici** così come indicato al successivo allegato 1 ed **entro il limite previsto per tutti gli interventi non ricompresi nel successivo allegato 1**

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:

- a) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, ove previsti;
- b) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network Previmedical ed effettuate da medici non convenzionati

Tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate (vedi punto sopra).

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

La Società rimborsa **integralmente** le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero rimasti a carico dell'Isritto.

A.2 INDENNITA' SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery)

Qualora l'Assistito non richieda alcun rimborso né per il ricovero a seguito di intervento chirurgico (esteso a TUTTI gli interventi chirurgici) né per altra prestazione ad esso connessa (fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), la Società corrisponde un'indennità di **€ 100,00 per ciascun giorno di ricovero e per un massimo di 150 giorni per ricovero**, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

Ai fini del calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso /astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

A.3 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE POST RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

La Società, per un periodo di **120** giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero con intervento chirurgico (esteso a TUTTI gli interventi chirurgici) indennizzabile dal Piano stesso e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, prevede la copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica.

A.3.1 MASSIMALI E MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture o professionisti stessi **senza l'applicazione di alcun importo** a carico dell'Isritto ed entro il massimale di **€ 20.000,00** per anno e per nucleo familiare. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Isritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network

Le prestazioni verranno rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di alcun importo** a carico dell'Isritto ed entro il massimale di **€ 10.000,00** per anno e per nucleo familiare.

A.4 DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

Nel caso di ricovero per intervento chirurgico (esteso a TUTTI gli interventi chirurgici) indennizzabile dal Piano sanitario, la Società garantisce una diaria da convalescenza di **€ 100,00** al giorno per un massimo di **20** giorni per anno associativo.

La convalescenza deve essere prescritta all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura e deve risultare dalla cartella clinica oppure dal medico di medicina generale (o medico di assistenza primaria)

A.5 NEONATI – RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO

La garanzia A.1 Ricoveri per intervento chirurgico (esteso a TUTTI gli interventi chirurgici), si intende automaticamente operante nei confronti dei neonati, anche quando non iscritti al Fondo, purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30gg dalla nascita. Resta inteso che la garanzia si intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici purché effettuati entro 1 anno dalla nascita.

A.5.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto per gli interventi sul neonato è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto per gli interventi sul neonato è pari a **€ 22.500,00** anno/nucleo familiare.

A.5.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente ed **integralmente** dalla Società alle strutture convenzionate.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di alcun importo** a carico dell'Isritto ed **entro il massimale previsto dalla garanzia**.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network Previmedical ed effettuate da medici non convenzionati

Tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate (vedi punto sopra).

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

La Società rimborsa **integralmente** le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero rimasti a carico dell'Isritto.

B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

- tutti gli esami di alta diagnostica radiologica (compresi esami stratigrafici e contrastografici, “anche digitale”) quali ad esempio: angiografia, artrografia, diagnosi radiologica ecc.
- tutti gli accertamenti di alta specializzazione quali ad esempio; accertamenti endoscopici, doppler, amniocentesi o villocentesi, Test genetici prenatali (E.G. HARMONY TEST, PRENATAL SAFE) su DNA Fetale
- le seguenti terapie:
 - Chemioterapia
 - Cobaltoterapia
 - Dialisi
 - Laserterapia a scopo fisioterapico
 - Radioterapia
 - Infiltrazioni specifiche per patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) della colonna, spalla e del ginocchio
 - Terapia educativa del paziente asmatico/allergico con rischio anafilattico
 - Trattamenti radiometabolici

B.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è illimitato.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 20.000,00** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia “ B.2 Visite Specialistiche”, “B.3 Ticket per accertamenti diagnostici” e “B.4 Accertamenti Diagnostici”

B.1.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito

- Esami di alta diagnostica radiologica: fino ad un massimo di: **€ 75,00** per accertamento
- Accertamenti alta specializzazione e terapie: fino al massimo di **€ 55,00** per accertamento o ciclo di terapia

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

B.2.VISITE SPECIALISTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica e prima visita psicologica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

B.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto per le visite specialistiche è **illimitato.**

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 20.000,00** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici"

B.2.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di **€ 55,00** per visita

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

B.3 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al rimborso **integrale** dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

L'Iscritto, per l'erogazione della presente copertura, può avvalersi unicamente del Servizio Sanitario Nazionale.

B.3.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 20.000,00** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", ed "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.4 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici diversi da quelli previsti nella garanzia "B.1 Alta specializzazione".

B.4.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 20.000,00** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", ed "B.3 Ticket per Accertamenti Diagnostici".

B.4.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network

Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di **€ 36,00** a fattura.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

B.5 PACCHETTO MATERNITA' (inclusa copertura per parto cesareo)

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

La Società provvede al pagamento delle spese per:

- Ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN;
- amniocentesi o villocentesi:
 - a) per le donne di età uguale o maggiore di 35 anni, tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione;
 - b) per le donne di età inferiore a 35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette.

B.5.1.1 MASSIMALE E MODALITA' DI EROGAZIONE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 700,00** per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche", **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per:

- Visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia, controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica e/o iscritto all'apposito albo professionale e una visita anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore-(massimo n. 4 visite/controlli, elevate a n. 6 per gravidanza a rischio).

B.5.2.1 MASSIMALE E MODALITA' DI EROGAZIONE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 700,00** per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio", **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

B.5.3 INDENNITÀ PER PARTO

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa copia conforme della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per parto, la Società corrisponderà un'indennità di **€ 70,00** per ogni giorno di ricovero per un massimo di **7 giorni**,

B.5.4 CONTRIBUTO PER LATTE ARTIFICIALE

La Società provvede a riconoscere un contributo per il latte artificiale, nei primi 6 mesi di vita del neonato, previa presentazione della relativa prescrizione medica, fino ad un massimo di **€ 100** anno/nucleo familiare.

B.5.5 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche.

B.5.5.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è **illimitato.**

B.5.5.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di **€ 36,00** per visita.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

B.5.6 WEEK-END BENESSERE

Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:

Week-end benessere (escluso il pernottamento):

- visita dietologica
- incontro nutrizionista
- incontro personal trainer
- lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico
- trattamento termale

B.5.6.1 MASSIMALE E MODALITA' DI EROGAZIONE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è **illimitato**.

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate abilitate alle prestazioni previste dal pacchetto **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

C. FISIOTERAPIA

C.1 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società provvede al pagamento delle spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio, a partire dal 1° giorno successivo all'infortunio stesso (avvenuto durante l'operatività del Piano sanitario), esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.

C.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto per tale garanzia è **illimitato**.

Utilizzo di Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical al domicilio

Il massimale previsto per tale garanzia è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 1.000,00** anno/nucleo familiare.

C.1.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical al domicilio

Alternativamente all'erogazione presso una Struttura Sanitaria convenzionata l'Aderente potrà richiedere attraverso la Centrale Operativa di poter fruire della prestazione direttamente presso il proprio domicilio. Oltre ai terapisti saranno rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie ad un'adeguata e completa esecuzione del trattamento richiesto. Il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001) e tutte le apparecchiature ed elettromedicali che vengono consegnati al paziente od utilizzati dal Fisioterapista sono certificati e costantemente controllati in termini di sicurezza elettrica. Il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alla terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa. Il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio Nazionale.

Le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare vengono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate con applicazione della franchigia pari ad **€ 20** ad accesso.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di **€ 36,00** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

C.2 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA POST INTERVENTO

La Società provvede al pagamento delle spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria, esclusivamente a fini riabilitativi, senza limitazione di giorni post intervento. indennizzabile secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

C.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical al domicilio

Il massimale previsto per tale garanzia è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Sono previsti dei limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento (esteso a TUTTI gli interventi) I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

C.2.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed **integralmente** dalla Società alle strutture convenzionate.

Utilizzo di Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical al domicilio

Alternativamente all'erogazione presso una Struttura Sanitaria convenzionata l'Aderente potrà richiedere attraverso la Centrale Operativa di poter fruire della prestazione direttamente presso il proprio domicilio. Oltre ai terapisti saranno rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie ad un'adeguata e completa esecuzione del trattamento richiesto. Il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001) e tutte le apparecchiature ed elettromedicali che vengono consegnati al paziente od utilizzati dal Fisioterapista sono certificati e costantemente controllati in termini di sicurezza elettrica. Il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alla terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa. Il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio Nazionale.

Le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare vengono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate con applicazione della franchigia pari ad **€ 20** ad accesso.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di alcun importo** a carico dell'Iscritto ed **entro i massimali previsti per i singoli interventi chirurgici** (esteso a TUTTI gli interventi)

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

La Società rimborsa **integralmente** le eventuali spese per ticket sanitari rimasti a carico dell'Isritto.

C.3 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI MALATTIA

La Società provvede al pagamento delle spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia.

C.3.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical al domicilio

Il massimale previsto per tale garanzia è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 550,00** anno/nucleo familiare.

C.3.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical al domicilio

Alternativamente all'erogazione presso una Struttura Sanitaria convenzionata l'Aderente potrà richiedere attraverso la Centrale Operativa di poter fruire della prestazione direttamente presso il proprio domicilio. Oltre ai terapisti saranno rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie ad un'adeguata e completa esecuzione del trattamento richiesto. Il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001) e tutte le apparecchiature ed elettromedicali che vengono consegnati al paziente od utilizzati dal Fisioterapista sono certificati e costantemente controllati in termini di sicurezza elettrica. Il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata

qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alla terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa. Il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio Nazionale.

Le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare vengono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate con applicazione della franchigia pari ad **€ 25** ad accesso

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di **€ 36,00** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

D. ODONTOIATRIA

Relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network Previmedical, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata

Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dal domicilio dell'assicurato superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi permane all'estero.

D.1 CURE DENTARIE

La Società provvede al pagamento delle spese relative a:

- prestazioni ortodontiche;
- cure odontoiatriche (compresa la paradontologia);
- terapie conservative,
- protesi dentarie;
- terapie canalari;
- trattamento topico con fluoruri;

D.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network

Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 800,00** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e/o igiene orale".

D.1.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito come segue:

- Prestazioni ortodontiche: massimo **€ 100,00** anno / persona
- Cure odontoiatriche (compresa la paradontologia): massimo **€ 200,00** anno / persona
- Terapie conservative: massimo **€ 100,00** anno / persona
- Protesi dentarie: massimo **€ 200,00** anno / persona
- Terapie canalari: massimo **€ 200,00** anno/persona
- Trattamento topico con fluoruri; massimo **€ 100,00** anno / persona

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

D.2 VISITA ODONTOIATRICA E/O IGIENE ORALE

La Società provvede al pagamento delle spese relative a:

- Visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale (1 volta l'anno)

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata 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 ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

Alla prima visita odontoiatrica e igiene effettuata in assistenza diretta, sarà reso disponibile **GRATUITAMENTE** al nucleo familiare su richiesta dell'assistito uno spazzolino Bluetooth con controllo automatizzato della regolarità di lavaggio, durata periodo di spazzolamento, monitoraggio denti non lavati, modalità multi-user (una testina per ciascun componente del nucleo familiare), meccanismo di gaming/rewarding.

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale anche non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

D.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è illimitato.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 800,00** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie".

D.2.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito come segue:

- Visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale: massimo **€ 70,00** anno / persona

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO

La Società provvede al pagamento delle spese relative a:

- Visita pedodontica e/o ablazione tartaro (1 volta l'anno)

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Compagnia, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Compagnia provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

D.3.1 MASSIMALE

Il massimale previsto è **illimitato**.

D.3.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito come segue:

- Visita pedodontica e/o ablazione tartaro: massimo **€ 100,00** anno/nucleo familiare

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

La Società provvede al pagamento delle spese relative a:

- Sigillatura denti figli minorenni.

D.4.1 MASSIMALE

Il massimale previsto è **illimitato**.

D.4.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito come segue:

- Sigillatura denti figli minorenni: massimo **€ 50,00** anno / persona per singolo dente, massimo 2 denti a persona

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

D.5 APPARECCHI ORTODONTICI PER MINORI

La Società provvede al pagamento delle spese relative a:

- Apparecchi ortodontici per minori 1 volta ogni 3 anni

D.5.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 400,00** anno/nucleo familiare.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 250,00** anno/nucleo familiare.

D.5.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

La garanzia prevede l'erogazione di un contributo 1 volta ogni 3 anni di **€ 350,00** per un apparecchio ortodontico per ciascun minore entro il massimale sopra previsto per nucleo familiare.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

La garanzia prevede l'erogazione di un contributo 1 volta ogni 3 anni di **€ 200,00** per un apparecchio ortodontico per ciascun minore entro il massimale sopra previsto per nucleo

familiare.

D.6 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

La Società liquida integralmente, senza applicazione di franchigie o scoperti, le spese sostenute per:

- Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti radicolari
- cisti follicolari
- adamantinoma
- odontoma
- asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- Gengivectomia per emiarcata
- Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento) Apicectomia per radice
- Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- Estrazione dente deciduo in anchilosi
- Pedo estrazione dente deciduo
- Estrazione dente permanente
- Frenulectomia o frenulotomia
- Intervento per flemmone delle logge perimascellari
- Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose
- Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

La documentazione medica necessaria per ottenere l'indennizzo consiste in:

radiografie e referti radiologici per:

- osteiti mascellari;
- iperostosi;
- osteomi;
- rizotomia e rizectomia;
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.).
- Gengivectomia per emiarcata
- Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento) Apicectomia per radice
- Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- Estrazione dente deciduo in anchilosi
- Pedo estrazione dente deciduo
- Estrazione dente permanente

- Frenulectomia o frenulotomia
- Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie per:

- odontoma;
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari;
- asportazione di epulide con resezione del bordo;
- adamantinoma;
- neoplasie ossee;
- ricostruzione del fornice (per emiarcata);
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.
- Intervento per flemmone delle logge perimascellari
- Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose

D.6.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 5.500,00** anno/nucleo familiare.

D.6.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

Il regime rimborsuale ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito, limitatamente ai seguenti interventi:

- Estrazione dente deciduo in anchilosi: massimo **€ 110,00** per prestazione
- Pedo estrazione dente deciduo-. massimo **€ 100,00** per prestazione
- Estrazione dente permanente: massimo **€ 110,00** per prestazione

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

Si precisa che l'indennizzo per quanto sopra descritto è previsto sia in caso di regime ospedaliero sia in caso di regime ambulatoriale.

Relativamente al regime ospedaliero si precisa che in questo caso, oltre ai costi dell'equipe operatoria, sono compresi i costi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) relativi a:

- 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 oltre agli impianti come sopraindicato.
- Assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
- Rette di degenza: non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.

D.7 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE D'URGENZA

La Società liquida integralmente 1 volta l'anno le spese sostenute per:

- Visita di emergenza con eventuale prescrizione di terapia medica
- Trattamento di pronto soccorso endodontico, manovre cliniche di accesso al sistema camerale di un dente finalizzate alla riduzione risoluzione di una sintomatologia acuta di origine endodontica
- Otturazione /ricostruzione temporanea: restauro provvisorio, indipendentemente dal materiale usato . Può avere finalità diagnostica (in attesa di chiarificazione del quadro clinico), pre-endodontica (per consentire un efficace isolamento tramite la diga), protettiva (per ricoprire temporaneamente la cavità preparata per un intarsio), ecc.

D.7.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è **illimitato**.

D.7.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

D.8 IMPLANTOLOGIA STAND ALONE, COMPRESA MANUTENZIONE IMPIANTI E SOSTITUZIONE CORONE

La presente garanzia prevede la copertura delle spese sostenute per implantologia.

La garanzia opera ad integrazione delle somme ricevute dall'assistito attraverso la prestazione "implantologia post intervento" prevista nell'ambito della garanzia "D.6 Interventi Chirurgici Odontoiatrici", ossia nell'eventuale ipotesi in cui l'assistito avendo già utilizzato – in tutto o in parte - il massimale dedicato agli interventi chirurgici odontoiatrici nell'anno, non abbia diritto a ricevere

il 100% della copertura della spesa sostenuta per l'implantologia nell'ambito della garanzia Interventi chirurgici Odontoiatrici.

La garanzia prevede inoltre gli interventi di manutenzione su impianti già presenti nel cavo orale del paziente quali ad esempio sostituzione del perno moncone, corona, ecc.).

D.8.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 1.100,00** anno/nucleo familiare.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 300,00** anno/nucleo familiare.

D.8.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

E' previsto un limite massimo di **€ 400,00** per un impianto, **€ 700,00** per 2 impianti e **€ 1.100,00** in caso di 3 o più impianti.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

E. PREVENZIONE

AVVERTENZA: per tutte le prestazioni di prevenzione di seguito previste non è richiesta la presentazione di alcuna prescrizione medica.

Relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network Previmedical, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si trovi ad una distanza dal domicilio dell'assicurato superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai

centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione (ovvero copertura al 100%). Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi permane all'estero.

Relativamente ai protocolli Adulti in caso di utilizzo di strutture non convenzionate per ciascun pacchetto che prevede tale modalità di erogazione, gli importi fissati rappresentano un importo massimo erogabile agli adulti assicurati, quindi il massimale previsto per il fuori rete rappresenta la quota massima che un nucleo potrà ricevere per un determinato protocollo sanitario in un'annualità assicurativa.

I massimali previsti per i Protocolli Adulti sono autonomi e separati rispetto a quelli previsti per il Protocollo Minori. Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni, nell'ambito del Protocollo Minori i relativi massimali sono condivisi tra tutti i componenti minorenni del Nucleo Familiare.

E.1 SCREENING GENERICI

E.1.1 CONTROLLO DELLE ALLERGIE E DELLE INTOLLERANZE ALIMENTARI

La presente copertura garantisce 1 volta ogni 3 anni la copertura integrale dei costi per l'esecuzione da parte dell'Aderente o dei componenti del suo Nucleo Familiare di uno dei seguenti gruppi di test relativi alla eventuale presenza di A) Allergie o B) Intolleranze Alimentari direttamente presso il proprio domicilio. Gli esiti degli esami effettuati saranno elaborati da parte di un laboratorio di analisi specializzato e trasmessi in busta chiusa presso l'abitazione dell'Aderente.

A) Allergie:

L'allergia è una malattia del sistema immunitario che reagisce in maniera abnorme alla presenza di sostanze abitualmente innocue (polveri, acari, pollini etc). L'individuo affetto da allergia mostra la presenza di elevate concentrazioni di anticorpi IgE specifici nel sangue.

Il presente protocollo consente l'esecuzione di una serie di test finalizzati ad identificare la sensibilità dell'Aderente verso una o più sostanze allergiche:

- Test IgE Totali;
- Test allergia all'epitelio e pelo del cane;
- Test allergia all'epitelio e pelo del gatto;
- Allergia ad acari, muffe e polveri.

B) Intolleranze Alimentari:

Intolleranza gruppo di alimenti

Le intolleranze alimentari sono spesso causa di una serie di disturbi che traggono origine dall'incapacità dell'organismo di digerire completamente alcuni alimenti, che vengono degradati solo a livello di macromolecole, non utilizzabili né per la produzione di energia né per la crescita cellulare. Il loro accumulo nel tempo lungo la parete intestinale è causa di processi infiammatori che possono inficiare la funzione di "filtro" dell'intestino con effetti che possono estendersi anche ad altri organi. Il presente test consente la verifica di eventuali intolleranze alimentari da parte dell'assicurato su un set predefinito di 32 alimenti al fine di consentire un'identificazione di eventuali incompatibilità.

Intolleranza Lattosio

Negli individui che presentano intolleranza al Lattosio, il consumo di latte e latticini provoca disturbi gastrointestinali. Di norma il lattosio una volta ingerito viene scisso nei due zuccheri che lo compongono (Galattosio e Glucosio). Se questo processo digestivo non viene compiuto gli

zuccheri si accumulano nell'intestino generando i disturbi descritti sopra. Il presente test consente la verifica di un'eventuale intolleranza al Lattosio attraverso un test specifico sul DNA effettuato a partire da un prelievo della saliva che consente la ricerca del gene responsabile dell'ipolattasia.

Intolleranza Glutine (Celiachia)

La celiachia è una malattia autoimmune dell'intestino tenue causata da un'intolleranza al Glutine contenuto nelle farine di grano, orzo, segale ed altri cereali. L'assunzione di Glutine da parte di soggetti sensibili causa una reazione infiammatoria con conseguente produzione di anticorpi da parte del sistema immunitario.

Il presente test rileva la presenza, a seguito dell'assunzione di una o più farine, dei predetti anticorpi fornendo la possibilità di verificare la correttezza e la compatibilità della propria dieta.

In caso di esito positivo dei predetti esami, è eseguibile su prescrizione uno Screening allergologico per inalanti e alimenti - prick test (1 screening nel triennio). Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia Accertamenti Diagnostici (B.3/B.4).

E.1.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

E.1.2 RICERCA PRESENZA HELICOBACTER PYLORI

L'*Helicobacter Pylori* è un batterio spiraliforme che può colonizzare la mucosa gastrica. L'infezione è spesso asintomatica ma può dar luogo a gastrite ed ulcere a livello dello stomaco e del duodeno, con possibili ulteriori complicanze dell'intestino.

Il presente test consente la verifica di un'eventuale presenza del batterio attraverso un test specifico sul DNA effettuato a partire da un prelievo della saliva che consente la ricerca di un antigene specifico di *Helicobacter Pylori*.

La presente copertura garantisce 1 volta ogni 3 anni la copertura integrale dei costi per l'esecuzione da parte dell'Aderente o dei componenti del suo Nucleo Familiare del suddetto test.

E.1.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

E.1.3 PREVENZIONE HERPES ZOSTER

Con la prevenzione dell'Herpes Zoster e delle sue complicanze viene garantita a tutti gli Assistiti con età superiore a 55 anni la possibilità di immunizzazione rispetto all'insorgenza di questa malattia debilitante suscettibile di ingenerare uno stato patologico reiterato e diffuso.

E.1.3.1 MASSIMALE

Il massimale previsto è **illimitato**.

E.1.3.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con il Network Previmedical

Tali prestazioni potranno essere somministrate esclusivamente presso i Centri Autorizzati del Network Previmedical con applicazione di una **franchigia** a carico dell'Assistito di importo pari ad **€ 36,15**.

E.2 PREVENZIONE BASE

E.2.1 PREVENZIONE BASE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, **senza applicazione di franchigie o scoperti**:

Esami del sangue:

- 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

Elettrocardiogramma di base

Ecotomografia addome superiore (4/5 organi)

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 una volta all'anno**.

E.2.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 80,00** a pacchetto.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

E.2.2 SINDROME METABOLICA

Per attivare la copertura l'iscritto dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo area web dedicata agli iscritti.

La Società analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'iscritto l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'iscritto alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e verranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'iscritto verrà contattato dalla Società (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

La Società renderà disponibile GRATUITAMENTE a TUTTI gli assistiti mètaSalute che non ne siano già forniti un Misuratore BMI cobrandizzato, che consentirà a ciascuno di misurare autonomamente (comodamente al proprio domicilio) il proprio Indice di massa Corporea mettendo a confronto i valori di peso, altezza e circonferenza addominale (diversificata per uomo e donna). L'utilizzo del misuratore consentirà all'Assistito di poter disporre delle misurazioni necessarie alla compilazione del tool del Fondo per il calcolo dell'esposizione al rischio di Sindrome Metabolica.

Solo nel caso in cui l'iscritto si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate dalla Società, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

La Società provvederà inoltre all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate dalla Società indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);
- Doppler carotideo
- Curva glicemica
- Ecocardiogramma

Al fine di incentivare l'iscritto ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Iscritto attraverso le strutture sanitarie convenzionate dalla Società.

La Società, renderà disponibile GRATUITAMENTE a TUTTI gli assistiti mètaSalute con sindrome metabolica conclamata, che ne facciano richiesta contattando la Centrale Operativa e che non ne siano già forniti, una Bilancia wireless con misuratore di peso, di indici di grasso corporeo, massa magra, massa muscolare, massa ossea, acqua corporea e livello di grasso viscerale, direttamente interconnessa con il nutrizionista/internista convenzionato e/o accessibile da parte del nutrizionista/internista di propria fiducia.

E.2.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è di **€ 25,00** a pacchetto, elevato ad **€ 50,00** in caso di sindrome metabolica conclamata.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

E.3 PREVENZIONE DONNA

E.3.1 PACCHETTO DONNA

La Società provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate:

Prestazioni assicurate per Prevenzione tumore al seno / Sostegno periodo menopausa/ Prevenzione patologie connesse all'osteoporosi

Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B)

Donne – over 24 anni

- Visita ginecologica + PAP TEST – una volta ogni due anni

Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A)

Donne – tra 21 e 24 anni

- Visita ginecologica + PAP TEST – una volta ogni due anni

Donne – over 30 anni

- Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS) – una volta ogni tre anni

Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)

Donne – tra 30 e 39 anni

- Ecocolordoppler arterioso e venoso agli arti inferiori – una volta ogni due anni

Donne – tra 40 e 49 anni

- Visita senologica – una volta ogni due anni
- Mammografia – una volta ogni due anni

Donne – over 50 anni

- Moc o in alternativa Mammografia – una volta ogni due anni
- Indagini di laboratorio specifiche – una volta ogni due anni:
 - Creatinina
 - Calcio
 - Fosforo
 - Fosfatasi alcalina
 - PTH
 - Vitamina D

Donne – senza limiti di età

Ecografia transvaginale – una volta ogni due anni

E.3.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 80,00** a nucleo familiare.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

E.3.2 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE (prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne – tra 30 e 39 anni)

La Società provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, di un'ecografia mammaria bilaterale 1 volta ogni 2 anni, quale prestazione aggiuntiva al pacchetto C Donne – tra 30 e 39 anni.

E.3.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 50,00** a pacchetto, da aggiungersi agli € 80,00 previsti nel Pacchetto Donna.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

E.4 PREVENZIONE UOMO

E.4.1 PACCHETTO UOMO

La Società provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate:

Prestazioni assicurate per Prevenzione patologie cardiovascolari/urologiche

Uomo – over 21 anni

- Visita cardiologica – una volta ogni due anni
- Ecografia testicolare (eseguibile sino al compimento dei 40 anni) – una volta ogni due anni

Uomo – over 50 anni

- Psa – una volta ogni due anni
- Rettosigmoidoscopia – una volta ogni due anni

Uomo – senza limite di età

- Visita urologica – una volta ogni due anni
- Ecografia prostatica (Ecografia transrettale) – una volta ogni due anni

E.4.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 80,00** a nucleo familiare.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

E.4.2 PACCHETTO PREVENZIONE DEL CANCRO ALLA PROSTATA (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini over 50)

La Società provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate 1 volta ogni 2 anni:

- PSA FREE
- 2 PRO SPA
- Dosaggio PHI (Prostate Health Index)

E.4.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network

Previmedical

Il massimale previsto è pari a € 50,00 a pacchetto, da addizionarsi agli € 80,00 previsti nel Pacchetto Uomo.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

E.5 PREVENZIONE MINORI

E.5.1 PROTOCOLLO MINORI

La Società provvede al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate, suddivise in base all'età del minore. Il protocollo minori è fruibile dai figli minori, con condivisione dei massimali tra tutti i componenti minorenni del Nucleo Familiare.

	Strutture convenzionate	Strutture non convenzionate
6 MESI – 2 ANNI non compiuti	Massimale	
Visita Pediatrica (Valutazione Di Base, Auxologica, Psicomotoria E Cognitiva)	Illimitato	€ 36,00 anno/nucleo
Visita Otorinolaringoiatrica con Test Audiometrico		
2 ANNI - 4 ANNI non compiuti	Massimale	
Visita oculistica completa	Illimitato	€ 60,00 anno/nucleo
Tonometria		
Esame del fundus		
Stereopsi e color test		
Valutazione ortottica (valutazione dell'apparato neuromuscolare dell'occhio)		
Visita Neuropsichiatrica (Screening Disturbi Del Linguaggio E Autismo). Nell'ambito delle patologie del linguaggio o delle disprassie verbali, la visita specialistica sarà in grado di intercettare eventuali condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita LOGOPEDICA		
Esami di laboratorio per screening della celiachia (emocromo completo con formula, anticorpi anti endomisio (ema) e anticorpi antitransglutaminasi)		
Biopsia intestinale. In ipotesi di positività degli esami di laboratorio specifici di cui alla precedente riga		
4 ANNI - 6 ANNI non compiuti	Massimale	

Visita Neuropsichiatrica (Screening Disturbi Del Linguaggio E Autismo). Nell'ambito delle patologie del linguaggio/disprassie verbali intercetta eventuali condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita LOGOPEDICA	Illimitato	€ 80,00 anno/nucleo
Visita odontoiatrica e ortodontica (igiene orale, fluoroprofilassi) in alternativa alle analoghe prestazioni previste alla garanzia "D Odontoiatria"		
Spazzolino Bluetooth reso disponibile GRATUITAMENTE al nucleo familiare su richiesta dell'assistito alla prima visita odontoiatrica e igiene effettuata in assistenza diretta, con controllo automatizzato della regolarità di lavaggio, durata periodo di spazzolamento, monitoraggio denti non lavati, modalità multi-user (una testina per ciascun componente del nucleo familiare), meccanismo di gaming/rewarding.		
Visita oculistica completa		
Tonometria		
Esame del fundus		
Stereopsi e color test		
Valutazione ortottica (valutazione dell'apparato neuromuscolare dell'occhio)		
6 ANNI - 8 ANNI non compiuti	Massimale	
Visita odontoiatrica e ortodontica in alternativa alle analoghe prestazioni previste alla garanzia "D Odontoiatria"	Illimitato	€ 60,00 anno/nucleo
Visita oculistica completa		
Tonometria		
Esame del fundus		
Stereopsi e color test		
8 ANNI - 11 ANNI non compiuti	Massimale	
Visita ortopedica	Illimitato	€ 36,00 anno/nucleo
Visita endocrinologica		

11 ANNI – 18 ANNI non compiuti	Massimale	
Visita pediatrica (valutazione globale dello stato di salute dell'adolescente)		
Visita ortopedica		
Visita endocrinologica		
Analisi del sangue: Alanina aminotransferasi ALT, Aspartato Aminotransferasi AST, Esame emocromocitometrico e morfologico completo, Colesterolo totale, HDL e LDL, Trigliceridi, Glicemia, Anti-Transglutaminasi: esami di screening per la diagnosi precoce del Morbo Celiaco. L'inserimento tra le analisi proposte di Colesterolo totale, HDL, LDL e Trigliceridi è funzionale alla diagnosi precoce delle dislipidemie a carattere eredo-familiare che possono già manifestarsi in questa fascia di età.	Illimitato	€ 50,00 anno/nucleo

<p>Relativamente alla Glicemia, il monitoraggio del metabolismo glucidico è opportuno in considerazione del fatto che in questa fascia di età vi è spesso una alimentazione incongrua. L'Anti-Transglutaminasi consente la diagnosi precoce del Morbo Celiaco.</p>		
--	--	--

In caso di utilizzo di strutture non convenzionate i limiti previsti sono da intendersi annui e cumulati per l'insieme dei figli presenti nel nucleo, quindi indipendentemente dalla fascia di età sarà resa disponibile per anno e per nucleo di minori la somma massima prevista nella fascia di età con importo maggiore.

Es: figlio 4-6 anni e figlio 8-11 anni. Nello stesso anno si potrà usufruire dei 36 € per figlio nella fascia 8-11 anni ed il solo residuo importo (€ 44) per arrivare agli 80€ per il figlio che rientra nella fascia 4-6 anni.

E.6 PREVENZIONE TERZIARIA

E.6.1 MONITORAGGIO IPERTENSIONE

La Società provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate 1 volta all'anno, in un'unica soluzione:

- Visita cardiologica di controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti
- Creatinina (Previsto nel Pacchetto Prevenzione Base – E.2)
- Prelievo di sangue venoso (Previsto nel Pacchetto Prevenzione Base – E.2)
- Elettrocardiogramma (Previsto nel Pacchetto Prevenzione Base – E.2)

Qualora all'esito del pacchetto emergano degli indicatori abilitanti uno screening di secondo livello, sarà possibile anche effettuare i seguenti accertamenti diagnostici:

- Monitoraggio della pressione delle 24 ore (Holter pressorio) – su prescrizione. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.1 Alta Specializzazione"
- Ecocardiogramma - su prescrizione Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.1 Alta Specializzazione"
- Esame del fundus oculi - su prescrizione Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti diagnostici"

E.6.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 36,00** a pacchetto, da aggiungersi agli € 80,00 previsti nel Pacchetto Prevenzione Base E.2.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

E.6.2 MONITORAGGIO DELL'ASMA E DELLA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)

La Società provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate 1 volta ogni 2 anni:

- Visita pneumologica di controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti
- Emocromo (Previsto nel Pacchetto Prevenzione Base – E.2)
- Prelievo di sangue venoso (Previsto nel Pacchetto Prevenzione Base – E.2)
- Elettrocardiogramma (Previsto nel Pacchetto Prevenzione Base – E.2)
- Spirometria semplice e globale
- Test di broncodilatazione farmacologica - spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco
- Monitoraggio incruento della saturazione arteriosa/pulsossimetria

Qualora all'esito del pacchetto emergano degli indicatori abilitanti uno screening di secondo livello, sarà possibile anche effettuare i seguenti accertamenti diagnostici:

- Proteina c reattiva - quantitativa – su prescrizione. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia “B.3 Ticket per accertamenti diagnostici” e “B.4 Accertamenti diagnostici”
- Terapia educativa del paziente asmatico/allergico con rischio anafilattico - su prescrizione. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia “B.1 Alta Specializzazione”
- Screening allergologico per inalanti e alimenti - prick test - su prescrizione. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia “B.3 Ticket per accertamenti diagnostici” e “B.4 Accertamenti diagnostici”

E.6.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 36,00** a pacchetto, da aggiungersi agli € 80,00 previsti nel Pacchetto Prevenzione Base E.2.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

E.7 ALTRI CONTROLLI

E.7.1 PACCHETTO PREVENZIONE TUMORI DELLA PELLE

La Società provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate 1 volta ogni 3 anni, in un'unica soluzione:

- Visita specialistica dermatologica
- Epiluminescenza

E.7.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 50,00** a pacchetto.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

E.7.2 PACCHETTO PER PREVENZIONE DI PATOLOGIE DA SOVRACCARICO FUNZIONALE (E MALATTIE LEGATE ALLE OSTEOPATIE) DELLA COLONNA, SPALLA E DEL GINOCCHIO E CONTROLLO POSTURALE

La Società provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate 1 volta all'anno:

- Visita fisiatrica oppure visita osteopatica

E.7.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 50,00** a pacchetto.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

E.7.3 MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE TIROIDEE

La Società provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate 1 volta ogni 2 anni:

- Visita specialistica endocrinologica
- TSH

Qualora all'esito del pacchetto emergano degli indicatori abilitanti uno screening di secondo livello, sarà possibile anche effettuare i seguenti accertamenti diagnostici:

- Ecografia del collo (tiroide, paratiroidi, linfonodi) – su prescrizione. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia “B.3 Ticket per accertamenti diagnostici” e “B.4 Accertamenti diagnostici”
- FT3 - su prescrizione. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia “B.3 Ticket per accertamenti diagnostici” e “B.4 Accertamenti diagnostici”
- FT4 - su prescrizione. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia “B.3 Ticket per accertamenti diagnostici” e “B.4 Accertamenti diagnostici”

E.7.3.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 50,00** a pacchetto.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

F. INVALIDITA' PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche precedentemente all'attivazione della copertura sanitaria)

F.1 INVALIDITA' PERMANENTE (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno a soggetti che versano in condizioni di invalidità permanente. Sono destinatari della garanzia i lavoratori iscritti al Fondo che hanno maturato i requisiti soggettivi di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto anche precedentemente all'attivazione della copertura sanitaria:

A) Invalidità derivante da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificata dall'INAIL:

- a) Invalidità di grado compreso tra il 24% e il 33%;
- b) Invalidità di grado superiore a 33% e sino al 66%;
- c) Invalidità di grado superiore al 66% e sino al 100%.

A fronte della sussistenza dei presupposti soggettivi di cui sopra il Fondo mette a disposizione degli iscritti, una tantum, un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 24% e 33%

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati

2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
 3. Protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati e/o noleggiati (ad es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, etc)
 4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, etc.)
 5. Assistenza psicologica/psichiatrica
 6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
 7. Dispositivi e accessori e/o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
 8. Opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
 9. Rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
 10. Rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale
- In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso dovranno, comunque, essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

Il massimale previsto è di **€7.000,00**.

Le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 potranno essere eseguite su richiesta dell'assistito anche in assistenza diretta.

b. Invalidità con grado superiore a 33% e sino al 66%

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
 2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
 3. Protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati)
 4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, etc.)
 5. Assistenza psicologica/psichiatrica
 6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
 7. Dispositivi e accessori e/o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
 8. Opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
 9. Rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
 10. Rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.
- In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso dovranno, comunque, essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell'invalidità.

Massimale

Il massimale previsto è di **€ 10.000,00**. Le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 potranno essere eseguite su richiesta dell'assistito anche in assistenza diretta.

c. Invalidita' con grado superiore a 66% e sino al 100%

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. Protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati)
4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, etc.)
5. Assistenza psicologica/psichiatrica
6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. Dispositivi e accessori e/o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. Opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. Rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. Rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso dovranno, comunque, essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell'invalidità.

Massimale

Il massimale previsto è di **€ 15.000,00**.

Le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 potranno essere eseguite su richiesta dell'assistito anche in assistenza diretta.

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

A fronte della sussistenza dei presupposti soggettivi di cui sopra il Fondo mette a disposizione degli iscritti, una tantum, un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidita' con grado compreso tra 80% e 90%

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. Protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati e/o noleggiati (ad es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per riedicazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, etc)
4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, etc.)

5. Assistenza psicologica/psichiatrica
6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. Dispositivi e accessori e/o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Massimale

Il massimale previsto è di **€ 8.000,00**. Le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 potranno essere eseguite su richiesta dell'assistito anche in assistenza diretta.

b. Invalidità' con grado compreso tra 91% e 100%

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
 2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
 3. Protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati)
 4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, etc.)
 5. Assistenza psicologica/psichiatrica
 6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
 7. Dispositivi e accessori e/o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
 7. Opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
 8. Rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
 9. Rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale
- In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso dovranno, comunque, essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell'invalidità.

Massimale

Il massimale previsto è di **€ 10.000,00**. Le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 potranno essere eseguite su richiesta dell'assistito anche in assistenza diretta.

F.2 MONITORAGGIO DOMICILIARE DEL PAZIENTE IN UNO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA (per tutti i punti di cui al punto F.1)

La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si trovi in uno stato di non autosufficienza, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assistito, che l'assistito potrà richiedere contattando la Centrale Operativa. La durata del programma ha la medesima durata della nonautosufficienza.

Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 2 sono i seguenti:

- pressione Arteriosa / Cuore
- ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
- peso corporeo
- cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch)
- temperatura corporea (ingresso manualmente)

- controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)

Il Programma prevede:

- consegna ed installazione presso il domicilio dell'Assistito di una serie di dispositivi tecnologici ai fini del completo monitoraggio dei parametri vitali;
- training al domicilio da parte di personale medico/infermieristico sull'utilizzo e la manutenzione dell'infrastruttura tecnologica;
- licenza software per l'utilizzo della piattaforma di RPM;
- servizio di trasferimento dati tramite gateway verso server dedicato presente sul territorio italiano;
- sistema di archiviazione sicura su server dei dati derivanti dal monitoraggio e servizio di disaster recovery;
- servizio di assistenza tecnica e tecnologica dedicato all'assistito tramite call center;
- rilascio delle certificazioni relative alle attrezzature, alla trasmissione ed all'archiviazione dei dati di monitoraggio;
- ritiro e spedizione dalla residenza del paziente al centro più vicino dei dispositivi rilasciati ai fini della manutenzione e ricondizionamento degli stessi.

F.3 SERVIZI DI ASSISTENZA GLOBALE INTEGRATA ORGANIZZAZIONI DI SERVIZI, NOLEGGIO AUSILI MEDICO-SANITARI A SEGUITO DI RICOVERO CHIRURGICO/MEDICO PER NEOPLASIE MALIGNI

In caso di ricovero chirurgico/medico per neoplasia maligna (anche per interventi non ricompresi nell'elenco degli interventi chirurgici) e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, la Società rimborsa tramite la rete di strutture convenzionate Previmedical le prestazioni di:

- ospedalizzazione domiciliare;
- assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica; tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Isritto;

La Società concorderà – anche per il tramite di Previmedical – il programma medico/riabilitativo con l'Assistito secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Per gestire il processo la Società si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

Rientra in copertura anche il noleggio di ausili medico-sanitari tramite le strutture sanitarie convenzionate.

F.13.1 MASSIMALE E MODALITA' DI EROGAZIONE

Il massimale previsto è di **€ 5.000,00** anno / nucleo familiare solo in strutture convenzionate con il Network Previmedical.

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 INTERVENTI CHIRURGICI MINORI eseguiti in chirurgia ambulatoriale o in day-surgery o in day hospital

Qualora l'Isritto debba effettuare un intervento chirurgico minore tra quelli previsti nel seguente elenco:

- ernia inguinale
- vene varicose
- fimosi
- fistole anali
- dito a scatto
- idrocele
- neuroma di Morton
- orchidopessi
- ragade anale
- dacriocistorinostomia
- intervento di cataratta
- intervento per tunnel carpale
- intervento per alluce valgo
- intervento per varicocele
- intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

Durante il ricovero/l'intervento

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico e risultante dal referto operatorio;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito;
- le rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente;
- Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero;

G.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.000,00 ad evento.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.500 ad evento.

G.1.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

G.2 LENTI CORRETTIVE DI OCCHIALI (comprese le montature) O A CONTATTO

La presente copertura prevede il pagamento delle spese sostenute per l'acquisto degli occhiali da vista (montatura inclusa) o delle lenti a contatto per difetti visivi sia da vicino che da lontano senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista.

Lo smarrimento/furto degli occhiali o la rottura accidentale delle lentiche/o della montatura sono indennizzate nel corso del triennio con riferimento agli occhiali/lenti oggetto dell'indennizzo previsto dalla presente copertura.

G.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa una tantum a disposizione per la presente copertura è di **€ 260,00** ogni tre anni, con contributo aggiuntivo di **€ 120,00** in caso di rottura lente/lenti e di **€ 85,00** in caso di smarrimento/furto degli occhiali o rottura accidentale della montatura.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa una tantum a disposizione per la presente copertura è di **€ 200,00** ogni tre anni, con contributo aggiuntivo di **€ 80,00** in caso di rottura lente/lenti e di **€ 55,00** in caso di smarrimento/furto degli occhiali o rottura accidentale della montatura.

G.2.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

G.3 PROCREAZIONE MEDICALE ASSISTITA (tutte le tecniche)

La presente garanzia prevede la copertura delle spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA) **senza applicazione di franchigie o scoperti** per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata

G.3.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è di **€ 700,00** anno / nucleo familiare.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è di **€ 500,00** anno / nucleo familiare.

G.4 FARMACI

La presente garanzia prevede la copertura delle spese per acquisto dei seguenti farmaci:

1) a massimale pieno:

- a) specialità medicinali (preconfezionati dalle industrie farmaceutiche) e farmaci generici non rimborsati dal SSN (fascia C) riepilogati nell'allegato n.2;
- b) Farmaci di Fascia A la cui rimborsabilità da parte del SSN è condizionata alla presenza delle note AIFA qualora non dispensati dal SSN. Alcuni farmaci in classe A sono erogati dal SSN solo in base alla diagnosi per la quale sono stati prescritti (Farmaci in classe A con nota AIFA) pertanto tali farmaci possono essere ammessi al rimborso solo in presenza di una diagnosi che ne escluda la concessione da parte del SSN.

2) a massimale ridotto:

- a) specialità medicinali (preconfezionati dalle industrie farmaceutiche) e farmaci generici non rimborsati dal SSN (fascia C) non rientranti nell'allegato n.2;
- b) Medicinali Omeopatici;
- c) Farmaci per Infiltrazioni Articolari purché acquisiti in farmacia o fatturati dalla struttura sanitaria o dalla ditta produttrice;

d) Vaccini pediatrici e vaccini antiallergici (farmaci con la terapia iposensibilizzante specifica).

G.4.1 MASSIMALE

Il massimale previsto è di **€ 350,00** anno / nucleo familiare, condiviso con la garanzia G.5
Rimborso ticket per acquisto medicinali

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il sottolimito previsto è di **€ 150,00** anno/nucleo familiare in caso di farmaci a massimale ridotto.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il sottolimito previsto è di **€ 150,00** anno/nucleo familiare in caso di farmaci a massimale ridotto.

G.4.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **con l'applicazione di una franchigia di € 15 ed uno scoperto del 25%**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **con l'applicazione di una franchigia di € 20 ed uno scoperto del 35%**.

G.5 RIMBORSO TICKET PER ACQUISTO MEDICINALI

La presente garanzia prevede la copertura delle spese ticket per acquisto medicinali.

G.5.1 MASSIMALE

Il massimale previsto è di **€ 350,00** anno / nucleo familiare, condiviso con la garanzia G.4
Farmaci.

Il sottomassimale previsto è di **€ 150,00** anno / nucleo familiare esclusivamente in forma rimborsuale.

G.5.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **con l'applicazione di una franchigia di € 10.**

G.6 VISITE DI CONTROLLO PER IL MONITORAGGIO DELLA MALATTIA, DELLE COMPLICANZE PIÙ FREQUENTI E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI

La Società garantirà agli assistiti la possibilità di poter effettuare una visita specialistica di controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti, 1 volta al mese presso i Centri autorizzati Previmedical.

La garanzia potrà essere usufruita, per ciascun mese, da un solo componente del nucleo familiare assicurato.

Si precisa inoltre che nel periodo di copertura non potrà essere effettuata più volte la stessa tipologia di visita per nucleo assicurato.

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito. In tal caso è possibile fruire della garanzia 1 volta l'anno.

Le prestazioni sono garantite **anche in caso di consulto/mero controllo, non sarà richiesta pertanto in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**

G.6.1 MASSIMALE

Il massimale previsto è **illimitato.**

G.6.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società **esclusivamente presso i Centri Autorizzati Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.**

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti, fino al massimo di € 36,00 per visita.**

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

G.7 TRISOMIA 21 - SINDROME DI DOWN (FIGLI DI ASSISTITI)

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a **€ 1.000,00** per anno/neonato per un periodo massimo di 3 anni.

Si precisa che la presente garanzia ha natura meramente indennitaria ed è finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia per le spese relative alle cure, all'assistenza ed alla promozione della salute del bambino affetto da Trisomia 21. Si precisa che in ragione della natura e della finalità della presente indennità tale importo non è assoggettabile ad imposta ai sensi dell'art. 6, comma 2, del TUIR.

G.8 INDENNITÀ PER LE SPESE SANITARIE ED ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I GENITORI RICOVERATI IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)

La presente copertura prevede l'erogazione di un indennizzo annuo, a favore degli Aderenti i cui genitori siano ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato.

L'indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese mediche, sanitarie e di assistenza eventualmente sostenute dagli Aderenti per i genitori ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato in quanto non autosufficienti o non più in grado di rimanere al proprio domicilio per la compromissione, anche molto grave, delle loro condizioni di salute e di autonomia. L'indennizzo verrà corrisposto qualora il ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) abbia avuto una durata di almeno 12 mesi consecutivi.

Il contributo è concesso nella misura di **€ 1.000,00** annuali innalzati ad **€ 1.200,00** in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito ed è valido per un solo genitore, anche nel caso in cui entrambi i genitori fossero ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato.

G.9 SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PEDIATRICA E VISITA DOMICILIARE PEDIATRICA

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica pediatrica generica e specialistica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

Nel caso la guardia medica ravvisi condizioni di gravità e urgenza tali da motivare l'attivazione della visita domiciliare, predisporrà l'effettuazione della stessa.

Il costo delle visite domiciliari attivate tramite il servizio di Guardia medica saranno liquidate con l'applicazione di una franchigia di **€ 36,00** per ogni visita, che l'Assistito dovrà versare direttamente al medico specialista.

G.10 VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE

La presente copertura prevede un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per le seguenti prestazioni:

- Visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia adolescenziale
- Visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica

Le visite psicologiche post parto sono riconosciute nell'ambito della garanzia "B.5 Pacchetto Maternità".

G.10.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 350,00** anno/nucleo familiare.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 250,00** anno/nucleo familiare.

G.10.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti, fino al massimo di € 36,00 per visita**.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

G.11 LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

Sono comprese in garanzie le spese sostenute per logopedia a seguito di malattia, purché effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

G.11.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 100,00** anno/nucleo familiare.

G.11.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti, fino al massimo di € 20,00 a seduta**.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

G.12 PRESTAZIONI PER OBESITÀ INFANTILE ED ADOLESCENZIALE PER DISTURBI ALIMENTARI (ANORESSIA E/O BULIMIA)

La Società provvede al pagamento delle spese relative alle seguenti prestazioni:

G.12.1 BAMBINI (0-11 anni non compiuti) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- Visita specialistica nutrizionistica/internistica
- Visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- Ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata

G.12.1.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 10.000,00** anno/figli.

G.12.1.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di **€ 36,00** per visita e di **€ 36,00** per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

G.12.2 BAMBINI (0-11 anni non compiuti) - ESAMI DI LABORATORIO

La Società rimborsa le spese per:

- 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

G.12.2.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 5.000,00** anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

G.12.2.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di **€ 36,00** per fattura.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

G.12.3 BAMBINI (0-11 anni non compiuti) - BILANCIA WIRELESS

La Società renderà disponibile GRATUITAMENTE ai bambini con obesità conclamata che non ne siano già forniti, contattando la Centrale Operativa, una Bilancia wireless con misuratore di peso, di indici di grasso corporeo, massa magra, massa muscolare, massa ossea, acqua corporea e livello di grasso viscerale, direttamente interconnessa con il nutrizionista/internista convenzionato e/o accessibile da parte del pediatra di libera scelta e/o dei genitori per monitoraggio continuativo delle cure.

G.12.4 ADOLESCENTI (11-18 anni non compiuti) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- Visita specialistica nutrizionistica/internistica
- Visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- Ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- Visita psichiatrica (2 visite all'anno)
- Visita psicologo (2 visite all'anno)

G.12.4.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 10.000,00** anno/figli.

G.12.4.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di **€ 36,00** per visita e di **€ 36,00** per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

G.12.5 ADOLESCENTI (11-18 anni non compiuti) - ESAMI DI LABORATORIO

La Società rimborsa le spese per:

- 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

G.12.5.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 5.000,00** anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

G.12.5.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura.**

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di **€ 36,00** per fattura.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

G.13 PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ SPORTIVA

G.13.1 QUOTA ASSOCIATIVA PER ATTIVITÀ SPORTIVA

La Società provvede al rimborso, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, della quota associativa (o quota iscrizione) sostenuta annualmente per lo svolgimento di un'attività sportiva non agonistica, escluso l'abbonamento.

Si precisa che tale garanzia sarà operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del figlio.

G.13.1.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 120,00** anno/nucleo.

G.13.2 VISITA SPORTIVA AGONISTICA / NON AGONISTICA

La Società provvede al rimborso di una visita sportiva agonistica e non agonistica (comprensiva di ECG da sforzo).

Si precisa che tale garanzia sarà operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del figlio.

G.13.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 55,00** anno/nucleo familiare.

Si precisa che tale garanzia sarà operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del figlio.

G.14 COLONIE ESTIVE

La Società provvede al rimborso delle spese sostenute per la frequentazione di colonie estive (marine e montane) intese per tali le strutture situate presso località marine o montane destinate al soggiorno di bambini e adolescenti che vi svolgono attività ludiche e ricreative.

G.14.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 120,00** anno/nucleo familiare.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 75,00** anno/nucleo familiare.

Si precisa che tale garanzia sarà operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del minore.

G.15 PROTESI / AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese relative all'acquisto e/o noleggio di protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (ad es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, etc)

G.15.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 550,00** anno/nucleo familiare

G.15.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Tali prestazioni potranno essere rimborsate esclusivamente presso strutture non convenzionate fino ad un massimo di **€ 100,00** a protesi, ortesi, presidio e ausilio.

G.16 CURE TERMALI

La Società provvede al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate:

Cure Inalatorie (1 volta all'anno):

- Inalazione
- Aerosol orale o nasale
- Aerosol ionico o sonico
- Irrigazione nasale
- Doccia nasale micronizzata
- Nebulizzazione

Cure otorinolaringoiatriche (1 volta all'anno)::

- Insufflazioni endotimpaniche
- Politzer crenoterapico

G.16.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è **illimitato**.

G.16.2 MODALITA' DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate con l'applicazione di uno scoperto del **50%** del costo del ciclo.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni per cure inalatorie verranno rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di **€ 35,00** per ciclo.

Le prestazioni per cure otorinolaringoiatriche verranno rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di **€ 45,00** per ciclo.

H. PRESTAZIONI SOCIALI (prestazioni accessibili per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria)

H.1 INDENNITÀ DI MATERNITÀ O PATERNITÀ PER ASTENSIONE FACOLTATIVA

La presente garanzia prevede un'indennità giornaliera di **€ 15,00** innalzata del 40% in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito per la durata massima di 90 giorni complessivi per anno.

La presente garanzia opera in favore di madri lavoratrici e padri lavoratori che decidono di avvalersi dell'astensione facoltativa dal lavoro per maternità/paternità, decorso il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro.

H.2 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI

La presente copertura prevede l'erogazione di un indennizzo annuo di ammontare pari ad **€ 750,00** per Nucleo Familiare innalzato **da € 1.000,00** in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito in favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999). Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 45%.

H.3 INDENNITÀ PER LE SPESE SANITARIE ED ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I GENITORI IN LTC TEMPORANEA

La presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per i genitori in LTC temporanea fino ad un massimo di **€ 350,00** anno/nucleo familiare.

H.4 RETTE ASILI NIDO

La presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità di € 400,00 innalzata ad € 550,00 in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito erogata per l'anno scolastico, a titolo forfettario, a favore del Nucleo Familiare che utilizza per il/i proprio/i figlio/i asilo nido pubblico o privato, legalmente riconosciuto.

H.5 CONSULTO NUTRIZIONALE E DIETA PERSONALIZZATA

La presente garanzia prevede la copertura delle spese sostenute per 1 consulto e dieta personalizzata all'anno per nucleo familiare.

H.5.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite complessivo di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 80,00 anno/nucleo familiare, di cui € 50,00 per la visita e € 30,00 per la dieta.

H.6 BORSE DI STUDIO PER I FIGLI DEI DIPENDENTI

E' riconosciuta l'erogazione a titolo forfettario di una borsa di studio a favore dell'aderente i cui figli abbiano raggiunto una delle seguenti condizioni:

- a) Diploma di istruzione secondaria superiore, con votazione almeno pari a 90/100
- b) Iscrizione, in corso, al secondo anno di università, con media almeno pari a 26/30

Le somme erogate sono le seguenti:

- a) Diploma di istruzione secondaria superiore: € 350,00
- b) Iscrizione, in corso, al secondo anno di università: € 500,00.

I. CONTO SALUTE

I.1 PIANO DI RISPARMIO SANITARIO

Si tratta di un piano costruito con la logica delle polizze sanitarie utilizzate nel national health system nel regno unito e note come "cash plan") che consente ai nuclei familiari di accreditare su un proprio conto dedicato i risparmi sanitari derivanti da ciascuna annualità assicurativa al fine di poter disporre di una maggior somma in termini di rimborso al verificarsi di uno o più eventi inclusi in copertura.

MODALITA' DI ALIMENTAZIONE DEL CONTO SALUTE:

A) Accumulo di Bonus Salute:

Qualora l'assicurato nel corso del triennio di copertura effettui annualmente almeno uno dei protocolli destinati alla diagnosi precoce delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT - ovvero

Pacchetto Uomo/Donna, Pacchetto Ipertensione, Pacchetto per Prevenzione Asma e BPCO) sarà accreditato alla fine del triennio sul suo Conto Salute un importo pari al 25% del premio annuo. Tale importo potrà essere utilizzato per incrementare, in ogni caso fino a concorrenza dell'importo di spesa, nelle annualità successive l'entità dei rimborsi richiesti dal Nucleo Familiare e/o per ridurre l'incidenza di eventuali quote a carico dell'assicurato (scoperti e franchigie).

L'Assistito potrà fare richiesta di utilizzo integrale o parziale (nella misura del 50%) delle somme accantonate nel suo Conto Salute in occasione di qualsiasi richiesta di sinistro effettuato sia in forma diretta sia in forma rimborsuale successiva all'accredito.

Qualora il Fondo cambiasse gestore assicurativo alla scadenza naturale dell'accordo quadro tra Mètasalute e RBMS, quanto accreditato su ciascun Conto Salute sarà trasferito al nuovo gestore assicurativo affinché venga utilizzato con i fini di cui alla presente clausola.

B) Risparmio Sanitario:

qualora il nucleo familiare nel corso dell'annualità non abbia ottenuto il rimborso di alcuna prestazione (Sanitaria e Sociale, con l'eccezione della Prevenzione che non rientra nel computo) ha facoltà di richiedere al Fondo l'accredito sul proprio conto salute del risparmio conseguito nell'annualità nella misura del 10% del premio annuo .

A seguito della richiesta da parte dell'Assistito tale importo sarà tempestivamente accreditato sul suo Conto Salute e potrà essere utilizzato per incrementare, in ogni caso fino a concorrenza dell'importo di spesa, nelle annualità successive l'entità dei rimborsi richiesti dal nucleo familiare e/o per ridurre l'incidenza di eventuali quote a carico dell'assicurato (scoperti e franchigie).

L'Assistito potrà fare richiesta di utilizzo integrale o parziale (nella misura del 50%) delle somme accantonate nel suo conto salute in occasione di qualsiasi richiesta di sinistro effettuato sia in forma diretta sia in forma rimborsuale successiva all'accredito.

Qualora alla scadenza naturale dell'accordo quadro tra Mètasalute e RBMS, quanto accreditato su ciascun Conto Salute sarà trasferito al nuovo gestore assicurativo affinché venga utilizzato con i fini di cui alla presente clausola.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

12. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) le terapie medico-chirurgiche finalizzate all'estetica (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connesse all'elenco degli interventi chirurgici di cui all'allegato 1);
- 2) gli interventi e qualsiasi atto chirurgico finalizzati al trattamento dell'infertilità e/o sterilità maschile e/o femminile e comunque tutti gli atti finalizzati alla fecondazione artificiale, salvo quanto espressamente previsto dai Piani Sanitari;
- 3) i Ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, salvo quanto espressamente previsto dai Piani Sanitari;
- 4) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- 5) gli infortuni derivanti dalla pratica sportiva esercitata professionalmente;
- 6) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove ed allenamenti;
- 7) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- 8) 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, salvo le radiazioni provocate dalla radioterapia;
- 9) le conseguenze di guerra, insurrezioni, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
- 10) le conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- 11) le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale, salvo quanto espressamente previsto dai Piani Sanitari;
- 12) certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive, salvo quanto espressamente previsto dai Piani Sanitari;
- 13) imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica, delle radiografie, dei vhs, dei cd, dei dvd, spese di viaggio;
- 14) iniezioni sclerosanti;
- 15) medicina legale e medicina del lavoro;
- 16) prestazioni di medicina generica comprendenti, tra l'altro, visite, iniezioni, flebotomi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc, salvo quanto espressamente previsto dai Piani Sanitari;
- 17) trattamenti di medicina alternativa o complementare, salvo quanto espressamente previsto dai Piani Sanitari;
- 18) ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona;
- 19) prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico e non saranno in alcun modo rimborsabili le spese sostenute per il noleggio di apparecchiature, presidi e protesi, né agopuntura, salvo quanto espressamente previsto dai Piani Sanitari;
- 20) tutte le prestazioni non espressamente previste dai Piani Sanitari;
- 21) gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
- 22) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 23) ricoveri impropri;
- 24) le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

Sezione II

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL PREVISTI PER TUTTI I PIANI SANITARI DELLA PRESENTE CONVENZIONE

Inoltre gli assistiti con la presente copertura potranno beneficiare dei seguenti servizi erogati direttamente dalla Centrale Operativa senza costi aggiuntivi e nel rispetto della normativa in vigore:

1) DIAGNOSI COMPARATIVA

All'assistito è garantita la possibilità di ricevere un ulteriore parere qualificato, nazionale e/o internazionale, rispetto ad una diagnosi a proprie mani formulata da altro professionista. Il servizio è fornito in relazione a qualsiasi patologia. La centrale operativa renderà disponibili almeno tre nominativi con cui l'assistito potrà decidere di interloquire e nell'ipotesi quest'ultimo decida di affidarsi alle cure di un consulente segnalato da RBM Salute/Previmedical, la Centrale provvederà anche a supportare l'assicurato per la fissazione degli appuntamenti/trasferimenti/ricoveri presso la struttura sanitaria laddove necessari.

2) PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

RBMS/Previmedical mettono a disposizione degli assistiti di mètaSalute il servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario, reso disponibile per:

Prestazioni assicurate:

- a) per beneficiare di una tariffa agevolata relativa alle prestazioni per le quali verrà erogata l'indennità da parte del Fondo;
- b) per poter continuare ad usufruire delle prestazioni assicurate anche qualora il massimale sia esaurito

Prestazioni NON assicurabili:

- a) per ottenere l'applicazione di tariffe scontate in relazione a prestazioni non assicurabili dal Fondo (Medicina Omeopatica, Farmaci, Chirurgia estetica etc)

In particolare il servizio prevede:

- riconoscimento dell'avente diritto tramite esibizione della Card nominativa di riconoscimento scaricabile dall'iscritto nella propria area riservata;
- l'accesso a tariffe agevolate per visite specialistiche ed esami diagnostici;
- l'accesso a tariffe agevolate per ricoveri/day hospital. Le tariffe agevolate saranno usufruibili in relazione ai servizi di degenza («alberghieri») con esclusione dei costi relativi all'equipe medica;
- l'accesso ad un'area riservata del sito web loro dedicato mediante autenticazione attraverso un codice User id ed una Password personale e riservata.

Nel sito web sarà visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e province aderenti al circuito card. Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocuzione con la Centrale Operativa.

3) CONSULENZA MEDICA

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

Quando l'Assistito necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assistito, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita

specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito. Il servizio non comporta costi per l'assistito da telefono fisso.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assistito necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assistito e il centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito. Il servizio non comporta costi per l'assistito da telefono fisso.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con cui può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità. Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni. Il servizio non comporta costi per l'assistito da telefono fisso.

4) GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa (h 24 ore, 365 giorni all'anno). La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo. Il servizio non comporta costi per l'assistito da telefono fisso.

5) SECOND OPINION

L'Assistito, fornita alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica. Il servizio telefonico non comporta costi per l'assistito ad eccezione della tariffazione telefonica per le chiamate da cellulari o dall'estero. Rimarranno a carico dell'assistito eventuali costi postali per la trasmissione della documentazione medica necessaria all'erogazione del servizio.

6) SECOND OPINION INTERNAZIONALE

Con riferimento alle seguenti patologie, l'assistito, dopo aver fornito al Call Center la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico, complementare rispetto alla precedente valutazione medica, dalle strutture specialistiche e centri di eccellenza internazionali affiliati alla rete Previmedical, nonché da parte di alcuni primari Centri di eccellenza internazionali convenzionati con Previmedical attraverso la partnership con primari provider internazionali:

- Malattie Cardiovascolari
- Malattie Cerebrovascolari (Ictus)
- Cecità
- Sordità
- Tumori Maligni
- Insufficienza Renale
- Trapianto di Organo

- Sclerosi Multipla
- Paralisi
- Malattia di Alzheimer
- Malattia di Parkinson
- Gravi Ustioni
- Coma

L'Assicurato contatterà la Centrale Operativa e fornirà la documentazione medica inerente la patologia in ordine alla quale richiede l'attivazione del servizio di Second Opinion Internazionale. La Centrale Operativa richiederà una seconda consulenza a specialisti che operano presso Centro Specialistici di eccellenza internazionale, che forniranno un protocollo diagnostico-terapeutico sulla base dei dati clinici dell'Avente diritto.

7) TUTORING

L'Assistito può disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali. Il servizio è realizzato attraverso il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica.

8) CONSEGNA ESITI AL DOMICILIO

Qualora l'Assistito si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti in quanto affetto da gravi motivi di salute certificati dal proprio medico curante e nessuno possa andare per lui, Previmedical, dopo aver organizzato il recupero presso l'Assistito della documentazione eventualmente necessaria per il ritiro degli esiti, provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assistito ed al medico da lui indicato. Il costo per eventuali franchigie/scoperti relativi agli accertamenti sostenuti resta a carico dell'Assistito.

9) INVIO MEDICINALI AL DOMICILIO

Qualora l'Assistito necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal proprio medico curante, Previmedical, dopo aver organizzato il ritiro della ricetta presso l'Assistito, provvede alla consegna dei medicinali prescritti. A carico dell'Assistito resta soltanto il costo dei medicinali.

10) COLLABORATORE FAMILIARE

Se l'assistito è stato ricoverato in istituto di cura ed è temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, potrà contattare il Call Center che gli segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali. Nei casi di ricoveri con frattura, in conseguenza di scippo, rapina, di furto o di tentato furto, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, la Centrale Operativa provvederà nelle 4 settimane successive alla dimissione dall'istituto di cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una collaboratrice domestica, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 6 ore alla settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 2 settimane.

Per l'attivazione della copertura, l'Isritto dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso del certificato.

11) SPESA A DOMICILIO

Nei casi di:

- frattura del femore
- fratture vertebrali

- fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningeo
- fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto
- fratture del bacino

che hanno determinato una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica in conseguenza di scippo o rapina avvenuti all'interno del territorio del Comune, di furto o di tentato furto presso la propria abitazione, la Centrale Operativa provvederà nelle quattro settimane successive al sinistro ad organizzare la consegna al domicilio dell'Assistito di generi alimentari/prima necessità.

Sarà a carico della Centrale Operativa trasferire la richiesta per l'acquisizione della lista dei generi alimentari/prima necessità da ordinare e delle coordinate utili alla consegna.

L'Assistito sarà informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna.

12) SERVIZIO PRENOTAZIONE TAXI

Qualora l'assistito necessiti di un servizio taxi per recarsi presso una struttura convenzionata ovvero per rientrare dalla stessa presso la propria abitazione, può mettersi in contatto con il Call Center 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. L'assistito dovrà comunicare, oltre che i propri dati anagrafici, la posizione di partenza e la destinazione; l'assistito potrà prenotare il servizio di taxi anche per giornate successive rispetto a quella della richiesta telefonica. Il Call Center confermerà all'assistito, tramite sms/telefonata/e-mail la prenotazione eseguita.

13) ORGANIZZAZIONE TRASPORTO AMBULANZA

Qualora l'Assistito, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che il trasporto venga organizzato e gestito da parte del Call Center, con ambulanza, eliambulanza e similari, aereo, treno e/o tramite centri convenzionati che erogano il servizio. Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative. Le spese sono a carico della Compagnia senza alcun limite chilometrico.

14) RIMPATRIO SALMA

Qualora l'assistito, sia deceduto, il Call Center può organizzare e gestire, per il tramite di centri convenzionati che erogano il servizio, il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia. Il contenuto del presente servizio è limitato all'organizzazione del trasporto e del rimpatrio della salma. I costi del trasporto e dell'organizzazione rimarranno a carico degli aventi diritto dell'assistito.

15) INVIO DI UN MEDICO GENERICO A DOMICILIO

Qualora, l'assistito necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, potrà contattare il Call Center che, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, il Call Center organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'interessato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza. Il costo delle visite domiciliari attivate tramite Call Center sono a carico dell'assistito che dovrà versare il corrispettivo direttamente al medico.

16) INVIO DI UN INFERMIERE O FISIOTERAPISTA A DOMICILIO

Qualora l'assistito, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero, necessiti di essere assistito da un infermiere o un fisioterapista, potrà contattare il Call Center che provvederà al reperimento dello stesso. Il costo delle prestazioni infermieristiche o dei trattamenti fisioterapici è a carico dell'Assicurato che dovrà versare il corrispettivo direttamente all'infermiere o fisioterapista. Nei casi di ricoveri con frattura, che hanno determinato:

- frattura del femore
- fratture vertebrali
- fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meninee
- fratture che rendano necessario l'immobilizzazione di almeno un arto
- frattura del bacino

e con una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all'atto delle dimissioni che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche/fisioterapiche, la Centrale Operativa provvederà nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, ad inviare un infermiere o un fisioterapista convenzionato, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 1 ora al giorno, per un massimo di 7 giorni.

Per l'attivazione della copertura, l'Iscritto dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

17) GESTIONE DELL'APPUNTAMENTO

Qualora l'Assistito necessiti di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e richiedere alla Centrale Operativa un appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato o lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assistito, la Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento in nome dell'Assistito, in virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa. L'Assistito usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore (cfr. vedi sopra la voce "Prestazioni a tariffe agevolate").

Allegato 1: Elenco Grandi interventi chirurgici

CHIRURGIA GENERALE	
Cardiochirurgia e chirurgia toracica	
Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso	€ 18.000,00
Fistole arterovenose polmonari	€ 18.000,00
Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale	€ 18.000,00
Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	€ 18.000,00
Trapianto cardiaco	€ 45.000,00
Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti complessi o complicati	€ 18.000,00
Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti singoli non complicati	€ 18.000,00
Tutti gli interventi: a cuore chiuso	€ 18.000,00
Collo	
Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale	€ 18.000,00
Tiroidectomia totale (chirurgica o con radioiodio terapia)	€ 18.000,00
Esofago	
Interventi con esofagoplastica	€ 18.000,00
Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico	€ 18.000,00
Fegato	
Deconnessione azigos-portale pervia addominale	€ 18.000,00
Derivazioni biliodigestive	€ 18.000,00
Drenaggio di ascesso epatico	€ 18.000,00
Epatotomia e coledocotomia	€ 18.000,00
Interventi chirurgici per ipertensione portale	€ 18.000,00
Interventi per echinococchi	€ 18.000,00
Interventi sulla papilla di Water	€ 18.000,00
Papillotomia per via transduodenale	€ 18.000,00
Reinterventi sulle vie biliari	€ 18.000,00
Resezioni epatiche	€ 18.000,00
Trapianto di fegato	€ 45.000,00
Interventi su polmone – bronchi – trachea	
Interventi per ferite del polmone	€ 18.000,00
Interventi per fistole bronchiali	€ 18.000,00
Pleuropneumectomia	€ 22.500,00
Pneumectomia	€ 18.000,00
Resezione bronchiale con reimpianto	€ 22.500,00
Resezioni segmentarie e lobectomia	€ 18.000,00
Timectomia per via toracica	€ 18.000,00
Trapianto di polmone	€ 45.000,00
Tumori della trachea	€ 22.500,00
Interventi sul mediastino	
Interventi per tumori	€ 18.000,00
Interventi sul sistema nervoso simpatico	
Simpaticectomia cervico-toracica	€ 18.000,00
Simpaticectomia lombare	€ 18.000,00
Intestino	
Colectomia totale	€ 18.000,00
Colectomie parziali	€ 18.000,00

Nervi periferici	
Anastomosi extracranica di nervi cranici	€ 18.000,00
Asportazione tumori dei nervi periferici	€ 18.000,00
Interventi sul plesso brachiale	€ 18.000,00
Anastomosi dei vasi extra-intracranici	€ 22.500,00
Neurochirurgia	
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo	€ 18.000,00
Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto	€ 22.500,00
Anastomosi endocranica dei nervi cranici	€ 18.000,00
Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari	€ 18.000,00
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc)	€ 22.500,00
Asportazione tumori dell'orbita	€ 18.000,00
Asportazione tumori ossei della volta cranica	€ 18.000,00
Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica	€ 18.000,00
Cordotomia e mielotomia percutanea	€ 18.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale	€ 18.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale	€ 18.000,00
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	€ 18.000,00
Emisferectomia	€ 22.500,00
Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario	€ 22.500,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore	€ 18.000,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale per via posteriore	€ 18.000,00
Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)	€ 22.500,00
Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	€ 18.000,00
Interventi per traumi cranio cerebrali	€ 18.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari	€ 18.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica	€ 18.000,00
Intervento per craniostenosi	€ 18.000,00
Intervento per encefalomeningocele	€ 18.000,00
Intervento per epilessia focale e callosotomia	€ 18.000,00
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale	€ 18.000,00
Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)	€ 18.000,00
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi	€ 18.000,00
Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	€ 18.000,00
Radiochirurgia gammaknife	€ 18.000,00
Radiochirurgia stereotassica	€ 18.000,00
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	€ 18.000,00
Spondilolistesi	€ 18.000,00
Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari	€ 18.000,00
Tattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)	€ 22.500,00
Tattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche	€ 18.000,00
Tattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)	€ 18.000,00

Pancreas - Milza	
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	€ 18.000,00
Interventi per neoplasie pancreatiche	€ 18.000,00
Interventi per pancreatite acuta	€ 18.000,00
Interventi per pancreatite cronica	€ 18.000,00
Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreatica	€ 18.000,00
Splenectomia	€ 18.000,00
Peritoneo	
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	€ 18.000,00
Retto – Ano	
Interventi per neoplasie del retto - ano	€ 18.000,00
Operazione per megacolon	€ 18.000,00
Proctocolectomia totale	€ 18.000,00
se per via addominoperineale, in uno od in più tempi	€ 18.000,00
Stomaco, duodeno	
Cardioplastica	€ 18.000,00
Gastroectomia se allargata	€ 18.000,00
Gastroectomia totale	€ 18.000,00
Intervento per fistola gastro-digiunocolica	€ 18.000,00
Mega-esofago e esofagite da reflusso	€ 18.000,00
Resezione gastrica	€ 18.000,00
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria	€ 18.000,00
Sutura di perforazioni gastriche e intestinali	€ 18.000,00
Torace – parete toracica	
Correzioni di malformazioni parietali	€ 18.000,00
Resezione costali	€ 18.000,00
Toracotomia esplorativa	€ 18.000,00
CHIRURGIA MAXILLO - FACCIALE	
Osteosintesi	
Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.	€ 18.000,00
Plastiche per paralisi facciali: Dinamica	€ 18.000,00
Push-bach e faringoplastica	€ 18.000,00
Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalpo	€ 18.000,00
Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale	€ 18.000,00
CHIRURGIA PLASTICA (Ricostruttiva)	
Arti	
Malformazioni complesse delle mani (per tempo operatorio)	€ 18.000,00
Reimpianto microchirurgico del dito	€ 18.000,00
Ricostruzione del pollice	€ 18.000,00
Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)	€ 18.000,00
Cranio – faccia e collo	
Cranioplastica	€ 18.000,00
Gravi e vaste mutazioni del viso	€ 22.500,00
Labioalveoloschisi bilaterale	€ 18.000,00
Labioschisi bilaterale	€ 18.000,00
Palatoschisi totale	€ 18.000,00
Ricostruzione della emimandibola	€ 18.000,00
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi	€ 18.000,00
Riduzione frattura orbitaria	€ 18.000,00

Torace e addome	
Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)	€ 18.000,00
Malformazione della gabbia toracica	€ 18.000,00
Plastica per ipospadia ed epispadia	€ 18.000,00
Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)	€ 22.500,00
Ricostruzione vaginale	€ 18.000,00
CHIRURGIA VASCOLARE	
Anastomosi mesenterica-cava	€ 18.000,00
Anastomosi porta-cava e splenorenale	€ 18.000,00
Disostruzione e by-pass aorto-addominale	€ 18.000,00
Disostruzione e by-pass arterie periferiche	€ 18.000,00
Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto	€ 18.000,00
Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi arterovenosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi	€ 18.000,00
Interventi per innesti di vasi	€ 18.000,00
Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	€ 18.000,00
Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache	€ 18.000,00
Legatura vena cava inferiore	€ 18.000,00
Resezione arteriosa con plastica vasale	€ 18.000,00
Sutura arterie periferiche	€ 18.000,00
Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	€ 18.000,00
Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti	€ 18.000,00
Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	€ 18.000,00
Trombectomia venosa periferica cava	€ 18.000,00
Trombectomia venosa periferica iliaca	€ 18.000,00
GINECOLOGIA	
Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annessiectomia)	€ 18.000,00
Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero	€ 18.000,00
LARINGE – TRACHEA – BRONCHI - ESOFAGO	
Collo (vedere anche chirurgia generale)	
Asportazione di diverticolo esofageo	€ 18.000,00
Asportazione di fistole congenite	€ 18.000,00
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	€ 18.000,00
Esofagotomia cervicale	€ 18.000,00
Legatura di grossi vasi	€ 18.000,00
Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale	€ 18.000,00
Svuotamento laterocervicale bilaterale	€ 18.000,00

Laringe	
Cordectomia per via tirotomica	€ 18.000,00
Interventi per paralisi degli abduuttori	€ 18.000,00
Laringectomia parziale	€ 18.000,00
Laringectomia ricostruttiva	€ 18.000,00
Laringectomia sopraglottica	€ 18.000,00
Laringectomia totale	€ 18.000,00
Laringofaringectomia	€ 18.000,00
OCULISTICA	
Bulbo oculare	
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	€ 18.000,00
Orbita	
Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia	€ 18.000,00
Operazione di Kroenlein od orbitotomia	€ 18.000,00
Odontocheratopresi	€ 18.000,00
Trapianto corneale a tutto spessore (solo in ambiente pubblico universitario ed ospedaliero)	€ 18.000,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
Artroprotesi di anca	€ 22.500,00
Artroprotesi di ginocchio	€ 18.000,00
Artroprotesi di gomito	€ 18.000,00
Emipelvectomia	€ 18.000,00
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	€ 22.500,00
Protesi totale per displasia d'anca	€ 22.500,00
OSTETRICIA	
Laparotomia per gravidanza extrauterina	€ 18.000,00
OTORINOLARINGOIATRIA	
Cavo orale e faringe	
Idem, con svuotamento latero-cervicale	€ 18.000,00
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari	€ 18.000,00
Tumori parafaringei	€ 18.000,00
Ghiandole salivari	
Asportazione della parotide	€ 18.000,00
Parotidectomia totale con preparazione del facciale	€ 18.000,00
Orecchio esterno	
Atresia auris congenita: ricostruzione	€ 18.000,00
Orecchio medio ed interno	
Anastomosi e trapianti nervosi	€ 18.000,00
Apertura di ascesso cerebrale	€ 18.000,00
Asportazione di tumori dell'orecchio medio	€ 18.000,00
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	€ 18.000,00
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	€ 18.000,00
Chirurgia del sacco endolinfatico	€ 18.000,00
Chirurgia della Sindrome di Mènière	€ 18.000,00
Distruzione del labirinto	€ 18.000,00
Neurinoma del VIII paio	€ 22.500,00
Sezione del nervo coclearie	€ 18.000,00
Sezione del nervo vestibolare	€ 18.000,00
Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	€ 18.000,00
Tattamento delle petrositi suppurate	€ 18.000,00

UROLOGIA	
Apparato genitale maschile	
Amputazione totale del pene	€ 18.000,00
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)	€ 18.000,00
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari	€ 18.000,00
Orchidopessi bilaterale	€ 18.000,00
Orchiectomia allargata per tumore	€ 18.000,00
Orchifuniculectomia per via inguinale	€ 18.000,00
Rene	
Endopielolitomia per stenosi del giunto piero-uretale	€ 18.000,00
Lombotomia per ascessi pararenali	€ 18.000,00
Nefrectomia allargata per tumore	€ 18.000,00
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	€ 22.500,00
Nefrectomia parziale	€ 18.000,00
Nefrectomia semplice	€ 18.000,00
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	€ 18.000,00
Nefroureterectomia totale	€ 22.500,00
Pielotomia	€ 18.000,00
Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	€ 18.000,00
Resezione renale con clampaggio vascolare	€ 18.000,00
Trapianto renale	€ 22.500,00
Surrene	
Surrenalectomia	€ 18.000,00
Uretere	
Sigmoidostomia	€ 18.000,00
Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia con psiozzazione vescicole	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia monolaterale	€ 18.000,00
Ureteroplastica	€ 18.000,00
Ureterosigmoidostomia uni- o bilaterale	€ 18.000,00
Uretra	
Plastiche di ricostruzione per ipospadia	€ 18.000,00
Uretrectomia	€ 18.000,00
Vescica	
Cistoprostatovesicolectomia con ileo bladder	€ 22.500,00
Cistoprostatovesicolectomia con neovescica rettale	€ 18.000,00
Cistoprostatovesicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi	€ 18.000,00
Cistoprostatovesicolectomia con ureterosigmoidostomia	€ 18.000,00
Diverticolectomia con U.C.N.	€ 18.000,00
Emitrigonectomia	€ 18.000,00
Ileo bladder	€ 18.000,00
Ileo e/o coloncistoplastiche	€ 18.000,00
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	€ 18.000,00
Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	€ 18.000,00
Riparazione di fistola vescico intestinale	€ 18.000,00
Riparazione fistole vescico vaginali	€ 18.000,00
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	€ 22.500,00

Elenco Interventi Chirurgici Minori

Interventi Chirurgici Minori
ernia inguinale
vene varicose
fimosi
fistole anali
dito a scatto
idrocele
neuroma di Morton
Orchidopessi
ragade anale
dacriocistorinostomia
intervento di cataratta
intervento per tunnel carpale
intervento per alluce valgo
intervento per varicocele
intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

Allegato 2: Elenco specialità medicinali (preconfezionati dalle industrie farmaceutiche) e farmaci generici non rimborsati dal SSN (fascia C) a massimale pieno

Acido ialuronico per infiltrazioni intrarticolari per il trattamento di condropatie e artrosi post-traumatiche
Ansiolitici e ipnoinducenti
Antibiotici per il trattamento topico di ferite o ustioni infette
Antidolorifici per os
Antivertiginosi
Attivanti cerebrali
Colliri midriatici per processi flogistici del segmento anteriore e posteriore dell'occhio
Crema antibatterica per ustioni
Farmaci ipotonizzanti (comprese) per il trattamento dell'ipertono oculare
Farmaci per il trattamento dei disturbi della motilità intestinale da varie cause
Farmaci per il trattamento dell'incontinenza urinaria in pazienti con vescica iperattiva
Farmaci per il trattamento dell'osteoporosi post-traumatica
Farmaci per la disfunzione erettile, come esito di gravi fratture del bacino, e di lesioni parziali midollari
Farmaci per uso topico per il trattamento di infezioni esterne di occhio e annessi (pomate e/o colliri), a base di antinfiammatori, o a base di antibiotici con o senza cortisonici
Farmaci vasoprotettori e antitrombotici (comprese) per il trattamento di emorragie retiniche
Garze impregnate di antisettico per cute lesa
Immunoterapia batterica per il trattamento delle osteomieliti
Miorilassanti
Pomata antisettica
Pomate per il trattamento di abrasioni, ferite e ustioni corneo congiuntivali
Preparati a base di acido ialuronico con o senza antibiotico, nelle diverse formulazioni per favorire la riepitelizzazione della cute lesa
Preparati cortisonici topici per il trattamento di dermatiti da contatto
Preparati per uso topico a base antibiotica con o senza cortisone
Preparati per uso topico a base di antinfiammatori in creme, pomate, gel, cerotti
Preparati per uso topico a base di eparina sodica
Preparati per uso topico ad azione elasticizzante/barriera per il trattamento di gravi ustioni
Preparato per uso topico per ulcere croniche con tessuto fibrinoso o necrotico
Prodotti anticheloidi (in diversa formulazione), compresi i siliconi medicali
Unguento per detersione enzimatica di piaghe necrotiche con e senza antibiotico
Preparati antisettici per uso topico
Preparati corticosteroidi in associazione con anestetico per infiltrazioni
Farmaci antitrombotici
Farmaci mucolitici
Sostituti lacrimali in collirio o gel
Associazioni di acido ialuronico e condroitin solfato per os e istillazioni intravesicali per la terapia di cistiti ricorrenti
Preparati per medicazioni avanzate a base di poliuretano o fibre colloidali con o senza argento
Farmaci antiedemigeni per os o per uso topico

B) Farmaci di Fascia A la cui rimborsabilità da parte del SSN è condizionata alla presenza delle note AIFA qualora non dispensati dal SSN

Alcuni farmaci in classe A sono erogati dal SSN solo in base alla diagnosi per la quale sono stati prescritti (Farmaci in classe A con nota AIFA) pertanto tali farmaci possono essere ammessi al rimborso solo in presenza di una diagnosi che ne escluda la concessione da parte del SSN

ELENCO FARMACI A MASSIMALE RIDOTTO

C) Specialità medicinali (preconfezionati dalle industrie farmaceutiche) e farmaci generici non rimborsati dal SSN (fascia C) NON rientranti nell'elenco sub A)

D) Medicinali omeopatici

E) I farmaci per infiltrazioni articolari purchè acquisiti in farmacia o fatturati dalla struttura sanitaria o dalla ditta produttrice

F) I vaccini pediatrici e i cosiddetti vaccini antiallergici (farmaci con la terapia iposensibilizzante specifica)

ALLEGATO 4

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

Informativa ai sensi dell'art. 13 Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n°196

In conformità all'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n°196 (di seguito denominato Codice), la sottoscritta Società – in qualità di titolare - La informa sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti (art. 7 del Codice).

a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili (1), al fine di fornire i servizi assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge(2), – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi e/o prodotti assicurativi.

b) Trattamento dei dati personali per finalità promozionali e/o ricerche di mercato

In caso di Suo consenso i Suoi dati potranno essere utilizzati al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela, di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche e di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi. Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto sulla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.

Modalità di trattamento e comunicazione dei dati personali

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti(3), sono solo quelli strettamente necessari per il conseguimento delle finalità sopra citate. I dati sono trattati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e automatizzati, con modalità e procedure strettamente necessarie agli scopi descritti nella presente informativa, anche quando sono comunicati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero.

I Suoi dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori specificamente autorizzati a trattarli, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate.

I Suoi dati possono essere comunicati ad altri soggetti, facenti parte del settore assicurativo o ad esso correlati, con funzioni di natura tecnica, organizzativa e operativa(4). Tali soggetti tratteranno i Suoi dati nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, in qualità di Responsabili o Incaricati ovvero in totale autonomia, in qualità di distinti Titolari.

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Cookies

Nessun dato personale degli utenti viene in proposito acquisito dal sito. Non viene fatto uso di cookies per la trasmissione di informazioni di carattere personale, né vengono utilizzati c.d. cookies persistenti di alcun tipo, ovvero sistemi per il tracciamento degli utenti. L'uso di c.d. cookies di sessione (che non vengono memorizzati in modo persistente sul computer dell'utente e svaniscono con la chiusura del browser) è strettamente limitato alla trasmissione di identificativi di sessione (costituiti da numeri casuali generati dal server) necessari per consentire l'esplorazione del sito. I c.d. cookies di sessione utilizzati in questo sito non consentono l'acquisizione di dati personali identificativi dell'utente.

Registrazione delle telefonate

La informiamo che le telefonate al Call center potranno essere registrate per motivi di sicurezza e per finalità di miglioramento del servizio di Customer Care.

Pertanto, la prosecuzione delle chiamate a seguito dell'ascolto da parte del chiamante dell'informativa sottintende il rilascio da parte di questi del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che verranno forniti all'operatore.

La registrazione delle telefonate avverrà a mezzo di un sistema automatizzato, che registrerà le chiamate in entrata. Le registrazioni saranno archiviate con accesso riservato e potranno essere ascoltate solo da personale espressamente autorizzato.

Diritti dell'interessato⁽⁵⁾

Titolare del trattamento è RBM Assicurazione Salute S.p.A. che si avvale di Responsabili.

Lei ha il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile. Lei ha anche il diritto di ottenere l'indicazione dell'origine dei Suoi dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati; ha inoltre il diritto di ottenerne l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco e di opporsi al loro trattamento.

Per l'esercizio dei suoi diritti ai sensi dell'art.7 del Codice e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al responsabile designato per il riscontro all'interessato inviando una mail all'indirizzo privacy@rbmsalute.it, o in alternativa scrivendo all'ufficio privacy presso la sede di RBM Assicurazione Salute S.p.A. Via Forlanini, 24 – 31022 Preganziol (TV).

Secondo la presente informativa Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi, come previsto dal precedente paragrafo a):

Luogo e data	Contraente/Assicurato (leggibili)	Firma (in caso di minore firma del genitore esercente la patria potestà)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Secondo la presente informativa Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità promozionali e/o ricerche di mercato, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi, come previsto dal precedente paragrafo b):

- do il consenso nego il consenso

Luogo e data	Contraente/Assicurato (leggibili)	Firma (in caso di minore firma del genitore esercente la patria potestà)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Note

- 1) L'art. 4, comma 1 lett. d) del Codice definisce "sensibili" i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.
- 2) Ad esempio lo prevede la disciplina contro il riciclaggio.
- 3) Ad esempio: contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario o danneggiato; coobbligati; altri operatori assicurativi (Agenti, Brokers di assicurazioni, Assicuratori etc.); soggetti che per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro etc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.
- 4) Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "*catena assicurativa*": agenti, subagenti produttori di agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali; strutture sanitarie ed altri erogatori convenzionali di servizi; società del Gruppo a cui appartiene la nostra società ed altre società di servizi, tra cui società cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa, postali, di revisione contabile e certificazione di bilancio o altri servizi di natura tecnico/organizzativa. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; altri organismi istituzionali quali IVASS, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, CONSAP, UCI, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, Anagrafe Tributaria, Forze dell'Ordine, Magistratura ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, l'Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca D'Italia, Casellario Centrale Infortuni).
- 5) Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può sempre essere esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

ALLEGATO 5

INFORMATIVA RELATIVA ALLE AREE WEB RISERVATE ATTIVATE AI SENSI DEL Provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013

Ai sensi del **Provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013**, recante disposizioni in materia di gestione dei rapporti assicurativi via web, RBM Assicurazione Salute S.p.A. attiva, nel rispetto della tempistica prevista dal suddetto Provvedimento, **Aree Riservate** in cui il Contraente/l'Assistito può consultare 24 ore su 24 le proprie coperture attive, le condizioni contrattuali e monitorare lo stato dei pagamenti e delle prossime scadenze, tenendo in tal modo costantemente sotto controllo la propria posizione assicurativa con garanzia della tutela della riservatezza delle informazioni rese disponibili mediante tale strumento.

Coloro che sono già registrati nell'AREA RISERVATA come utenti per la gestione on line dei sinistri – AREA ISCRITTO - potranno utilizzare le medesime credenziali di accesso che possiedono per entrare nell'Area Riservata POLIZZE dal sito www.rbmsalute.it.

Coloro che invece non sono già registrati come utenti, potranno ricevere le credenziali di accesso all'Area Riservata selezionando l'apposito link presente in Homepage ed effettuando una registrazione mediante una semplice procedura guidata.

Qualora la procedura di autoregistrazione non riuscisse, login e password per accedere all'Area Riservata potranno essere richieste al servizio di Help Desk, scrivendo all'indirizzo e-mail assistenza@rbmsalute.it o contattando il numero 199 288 050 (numero a pagamento per il solo costo di tariffazione ordinaria del proprio operatore telefonico per chiamate da rete fissa e mobile).

Il servizio di Help Desk è attivo dalle 9:00 alle 12:30 e dalle 14:30 alle 17:30.

GATE 179 è attivo a decorrere dai termini previsti dalla normativa vigente in materia.”



Amministratore delegato e Direttore Generale
RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.a.

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via Forlanini 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)
Tel. +39 0422 062700 – Fax: +39 0422 1745025
direzionecommerciale@rbmsalute.it

Sede Secondaria:
Via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)
Tel. +39 02 91431789- Fax +39 02 91431702
Internet: www.rbmsalute.it - E-Mail: info@rbmsalute.it; rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 100.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 360145
Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).

