

DISCIPLINARE PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE IN CONSEGUENZA DI INFORTUNIO O MALATTIA A

CAPONUCLEO **XXXX**
E NUCLEO (se compreso)

**SOCIO DI
LA MUTUA ITALIANA- Società di Mutuo Soccorso**

Via Francesco Burlamacchi, 11 – 20135 Milano

REA 2127135 – Albo Soc. Coop. C123019 – CF 97788610158

Tel. 02 87068272 Fax 02 89950425 PEC lamutuaitaliana@pec.it

ASSISTITI

LE PERSONE I CUI NOMINATIVI SONO INDICATI SULLA RICEVUTA DI VERSAMENTO DEL
CONTRIBUTO, RILASCIATA DA LMI, RELATIVA ALL'ANNO DI RIFERIMENTO

DECORRENZA

DALLA DATA INDICATA SULLA RICEVUTA DI VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO, RILASCIATA DA LMI,
RELATIVA ALL'ANNO DI RIFERIMENTO

CONDIZIONI GENERALI DELLA CONVENZIONE E

SCHEDA RIEPILOGATIVA DELLA PRESTAZIONE “BASE”

SOMMARIO

PIANO SANITARIO BASE

Definizioni	Pag. 3
Condizioni generali della Convenzione	Pag. 5
Condizioni particolari della Convenzione	Pag. 7
Prestazioni della Convenzione:	
<i>A) Spese ospedaliere</i>	Pag. 10
<i>B) Spese extra-ospedaliere</i>	Pag. 13
<i>C) Altre spese</i>	Pag. 13
<i>D) Prevenzione</i>	Pag. 14
<i>E) Perdita di autosufficienza</i>	Pag. 14
Scheda sinottica Piano Sanitario BASE	Pag. 15
Denuncia del sinistro	Pag. 17
Modalità di pagamento	Pag. 19
Elenco Grandi Interventi Chirurgici	Pag. 21

ASSISTENZA	Pag. 25
------------	---------

PROCEDURA PER APP DOC24	Pag. 29
-------------------------	---------



DEFINIZIONI

Assicurato:	l'assistito che usufruisce delle prestazioni garantite.
Centrale informativa:	la struttura organizzativa del Provider SAS, tramite la quale provvede a: • organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso alle Strutture Sanitarie convenzionate; • fornire all'Assicurato informazioni sulle garanzie assicurative, sulle Strutture Sanitarie convenzionate e sull'eventuale quota a suo carico.
Contraente:	designa la Spett.le MiTutela Società di Mutuo soccorso.
Contributo:	quanto dovuto dal Socio per le prestazioni garantite agli Assicurati.
Convalescenza:	il periodo dopo la dimissione dall'Istituto di Cura che comporti un'inabilità temporanea.
Convenzione:	il contratto che regola e disciplina i rapporti tra la Società, il Contraente e il Socio.
Équipe operatoria:	il gruppo costituito dal Chirurgo, dall'Aiuto, dall'Assistente, dall'Anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento.
Équipe operatoria convenzionata:	ogni Équipe operatoria – come sopra definita – rientrante nel servizio convenzionamento del Provider SAS
Franchigia e scoperto:	l'importo che rimane a carico dell'Assicurato riferito all'ammontare delle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato ed indennizzabili a termini di Convenzione.
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio:	designa ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento ambulatoriale:	l'intervento di chirurgia, effettuato senza ricovero, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.
Malattia:	designa ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, ivi incluse gravidanza, parto, puerperio e aborto terapeutico o post-traumatico.
Massimale per nucleo familiare:	la disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per tutti i componenti il medesimo nucleo familiare che fa capo all'Assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che diano diritto al rimborso nell'anno solare.
Network:	Strutture Sanitarie convenzionate con la SAS (Provider).
Nucleo familiare:	l'Assicurato, nonché il rispettivo coniuge dell'Assicurato, il soggetto unito civilmente con l'Assicurato ai sensi della legge 76/2016, il convivente di fatto con l'Assicurato ai sensi della legge 76/2016, i figli tutti conviventi (sia dell'Assicurato che del soggetto unito civilmente con lo stesso, che del convivente di fatto con lo stesso) (inclusi anche i figli adottivi o in affido pre-adottivo) il tutto risultante dallo stato di famiglia. Si intendono altresì assicurati i figli, identificati come sopra, non conviventi purché fiscalmente a carico.



Provider:	Soluzioni Assicurative Sanitarie SAS
Ricovero:	degenza in Istituto di Cura comportante almeno un pernottamento; è parificata al ricovero la degenza in Istituto di Cura in esclusivo regime diurno (Day Hospital).
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la Convenzione.
Società:	designa la Spett.le ALLIANZ S.p.A..
Socio:	designa la persona assicurata, associata al Contraente, per la quale è stipulata la Convenzione.
Struttura sanitaria:	ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera, regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera, nonché i centri diagnostici e gli studi medici e odontoiatri. Non sono considerate Strutture sanitarie: gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, le residenze sanitarie assistenziali, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le Cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Termini di aspettativa:	Il periodo di tempo che intercorre tra la stipulazione dell'assicurazione e l'inizio della garanzia
Visita specialistica:	la visita effettuata da Medico specialista, iscritto all'Albo dei Medici.



CONDIZIONI GENERALI DELLA CONVENZIONE

Art. 1) Assicurati

La presente Convenzione è prestata a favore di tutte le persone e/o loro nucleo familiare iscritti alla Mutua MiTutela.

Art. 2) Decorrenza e durata della Convenzione

La copertura assicurativa ha **effetto** dalle ore 00.00 del giorno stabilito, per cui il contributo è pagato dal Socio richiedente alla Società (o a soggetto dalla stessa designato), fermo restando che la **scadenza della copertura assicurativa** è fissata al 31.12 di ciascuna annualità.

Se il Socio non paga il contributo o le rate di contributo successive, l'assicurazione prende vigore alle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze annuali e il diritto della Società al pagamento dei contributi scaduti, ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile.

Relativamente ai **termini e alle modalità di rinnovo**, le parti prendono atto di quanto segue:

- LMI si impegna a comunicare al Socio, entro la scadenza annuale, le condizioni di rinnovo del programma assicurativo per l'annualità successiva, indicando il termine per comunicare eventuali variazioni che avessero effetto dal 01.01 dell'annualità successiva (es: variazioni nelle persone da assicurare o nell'indirizzo) o per dare riscontro alla succitata comunicazione di LMI;
- in caso di mancato riscontro da parte del Socio a LMI entro il termine indicato nella comunicazione della stessa, il programma si rinnova per l'annualità successiva (in continuità con la precedente) alle condizioni indicate nella comunicazione di LMI e per le stesse persone già assicurate nell'annualità precedente;
- per il pagamento del contributo dovuto per l'annualità di cui trattasi, il Socio è tenuto a procedere entro il termine e secondo le modalità che LMI comunica annualmente al Socio. In caso di mancato o ritardato pagamento la copertura assicurativa è sospesa e, in caso di pagamento, riprende vigore secondo il disposto di cui al secondo comma del presente articolo.

Art. 3) Modifiche

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dalla Convenzione potrà essere introdotta dalla Società, se non in base ad apposita modifica alla Convenzione stessa, precedentemente accettata dalla Società e dal Contraente.

Art. 4) Oggetto della Convenzione

Oggetto della presente Convenzione è il Programma del rimborso delle spese sanitarie sostenute dagli Assicurati in conseguenza di infortunio o malattia, per le prestazioni previste dal capitolo "Prestazioni della Convenzione".

Art. 5) Effetto della Convenzione

La Convenzione ha effetto dalle ore 00.00 del 1° giorno/mese se è stato versato il contributo relativo, ferme restando le scadenze stabilite nella Convenzione.

È concesso un termine di mora di 30 giorni sia per il perfezionamento che per i rinnovi, dal ricevimento da parte della Società dello stato di rischio, trascorso il quale le prestazioni restano sospese sino alle ore 24.00 del giorno i cui avviene il pagamento della rata di contributo scaduta.

Art. 6) Modalità d'adesione

L'adesione al programma da parte dei Soci ammessi alla Convenzione è assolutamente libera e viene perfezionata su base volontaria mediante adesione a MiTutela da parte dei Soci richiedenti.

Art. 7) Soggetti ammessi alla Convenzione

Il programma è riservato unicamente alle persone fisiche associate alla Mutua MiTutela.

07.01 – Assicurati

Il programma s'intende valido a favore di tutti i soggetti ammessi alla Convenzione, nonché delle persone costituenti i relativi nuclei familiari, intendendosi per tali quelli indicati nell'elenco delle Definizioni.

Ogni altra fattispecie potrà essere inclusa previa autorizzazione della Società.

Il nominativo di ogni Assicurato sarà comunque individuato da un apposito elenco agli atti presso la Società, integrato dalle comunicazioni di "inclusioni-esclusioni".

07.02 - Persone assicurabili

Il programma vale per le persone di età non superiore a 75 anni.

Il limite di età massimo previsto in ingresso limitatamente alle nuove adesioni è di 70 anni.

Nel caso di compimento del 75° anno di età durante il corso dell'annualità, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale.

Le persone di età pari/superiore a 65 anni che vorranno aderire dovranno presentare il questionario anamnestico,

Non sono assicurabili, salvo patto speciale, che deve risultare in Convenzione, le persone colpite da apoplezia o affette da epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, alcoolismo, tossicomania, difetti fisici o mutilazioni rilevanti. Nel caso di manifestazioni di una di dette malattie nel corso di validità della Convenzione, il programma cessa dopo il primo evento e può essere rinnovata con patto speciale.

07.03 - Variazione delle persone assicurate

Le inclusioni e le esclusioni di Assicurati, che si verificheranno nel corso dell'annualità dovranno essere comunicate dall'Azienda Socia tramite mezzo informatico; la garanzia avrà effetto a decorrere dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione.

Resta inteso che:

- l'inclusione di nuovi componenti di nuclei familiari già assicurati decorre dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione stessa;
- i neonati sono assicurati con decorrenza immediata, dal momento della nascita purché la comunicazione arrivi entro 30 giorni dalla stessa;
- nel caso di decesso del caponucleo, che dovrà essere comunicato alla Società entro 30 giorni, le prestazioni proseguono per il restante nucleo fino alla successiva scadenza annuale;
- gli elenchi anagrafici dei soggetti Assicurati, nonché le variazioni relative alla composizione dei nuclei e/o all'inserimento/cancellazione dei nuclei stessi, o di soggetti all'interno dei nuclei, sono ricevuti direttamente dal Broker, da parte dei Soci, il quale li comunica tramite mezzo informatico direttamente alla Società.

Specifiche deroghe, per inclusioni anteriori od in deroga a quanto sopra stabilito, devono essere pattuite per iscritto con la Società.

Art. 8) Termini di aspettativa

Alle prestazioni garantite dalla presente convenzione verranno applicati i seguenti termini di aspettativa:

- In caso di infortunio: dal giorno di attivazione della copertura;
- In caso di malattia: dal 30° giorno successivo all'attivazione della copertura;
- In caso di malattia e/o conseguenza di stati patologici insorti precedentemente l'effetto del Piano: dal 365° giorno successivo all'attivazione della copertura (purché non escluse);
- In caso di parto (ove previsto): dal 300° giorno successivo all'attivazione della copertura;

Art.9) L'eventuale socio che disdetta l'iscrizione alla Mutua, successivamente non potrà più aderire nuovamente.

Art. 10) Contributi

Le inclusioni in Convenzione di nuovi Soci, sono così regolamentate:



- se avvenute nel I° semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione del 100% del contributo annuo;
- se avvenute nel II° semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione del 60% del contributo annuo.

Eventuali esclusioni di nuclei assicurati, di singole persone all'interno del nucleo avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del Contributo, che si considera pertanto indivisibile.

A seguito della variazione del proprio nucleo familiare, qualora fosse in corso il Piano Sanitario per il solo Socio quest'ultimo dovrà versare il contributo associativo per l'estensione al nucleo familiare, che dovrà essere contestuale alla comunicazione di inclusione, pena la mancata attivazione in garanzia delle prestazioni.

CONDIZIONI PARTICOLARI DELLA CONVENZIONE

Art. 1) Operatività delle garanzie

Il programma ha effetto dalle ore 00.00 del giorno di decorrenza della garanzia per tutte le prestazioni garantite dalla presente Convenzione, anche se conseguenza di situazioni patologiche diagnosticate o curate anteriormente alla stipulazione del contratto.

Art. 2) Limite delle prestazioni

Il programma s'intende riferito agli eventi infortunio e malattia con esclusione di:

- le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, da aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontaria;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- eventi derivanti da conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico, salvo per i neonati fino al 3° anno e quella stomatologica nonché quella a scopo ricostruttivo da infortunio o malattia che s'intendono pertanto garantiti;
- agopuntura non effettuata da Medico, cure ed interventi per la correzione e/o eliminazione dei vizi di refrazione, ad eccezione di quanto normato alla sezione "Prestazioni della Convenzione";
- infortuni derivanti da sport aerei in genere o dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- le malattie mentali e tutte le forme di nevrosi.

Art. 3) Estensione speciale rischio guerra

A parziale modifica di quanto stabilito all'Art. "Limiti delle prestazioni", si conviene di estendere la garanzia alle spese mediche sostenute per infortunio o malattia in conseguenza di fatti avvenuti in stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'Estero in un paese sino ad allora in pace.

Art. 4) Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 5) Altre assicurazioni

La Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo, previsto dall'articolo 1910 del Codice Civile, di denunciare preventivamente alla Società le altre eventuali assicurazioni che essi avessero in corso o stipulassero successivamente per lo stesso rischio, permanendo l'obbligo in caso di sinistro.



Art. 6) Denuncia del danno e obblighi dell'Assicurato

Il sinistro deve essere denunciato dall'Assicurato, o dai suoi aventi diritto, alla Società non appena ne abbiano la possibilità. Tale comunicazione deve comunque pervenire **entro 30 giorni** dalla data dell'ultima spesa relativa al sinistro.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono fornire ogni informazione e consentire alla visita di Medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i Medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 7) Criteri di liquidazione

Nei casi in cui non sia operante il servizio convenzionato SAS, la Società rimborsa all'Assicurato quanto dovuto a termini di Convenzione, su presentazione, in originale delle relative notule e fatture debitamente quietanzate. La documentazione medica da fornire alla Società, oltre che la descrizione dell'evento oggetto della denuncia del sinistro, deve comprendere l'indicazione della natura e del tipo delle cure prestate. Tale documentazione deve essere relativa all'evento assicurato e deve essere presentata a cura ultimata.

Soglia minima di risarcibilità

Fermo restando le franchigie e gli scoperti, ove applicabili, ed i limiti di risarcimento, la Società non provvederà al pagamento delle somme liquidabili a termini di Convenzione (pertanto già al netto di franchigie e/o scoperti se applicabili) di importo globale non superiore ad **Euro 10,00**, con l'ulteriore precisazione che, in tali casi, non dovrà essere inviata alla Compagnia la documentazione per l'apertura del sinistro.

Spese sostenute all'Estero

I rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dai cambi indicativi di riferimento comunicati dalla Banca d'Italia.

Art. 8) Obbligo di restituzione degli indennizzi erogati per spese non dovute

La Società, nell'eventualità di pagamenti alla Struttura sanitaria convenzionata che, successivamente, dovessero risultare per qualsiasi motivo non dovuti a termini di Convenzione, si riserva la facoltà di richiedere dette somme all'Assicurato, il quale è obbligato a restituirle alla Società.

Art. 9) Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi e delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere, se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle Condizioni di Convenzione, ad un collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo, od in caso contrario, dal Consiglio Dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede, a scelta della Società, presso la Direzione della Società stessa in Milano.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il Medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo Medico.



Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le Parti, anche se uno dei Medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 10) Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente o dell'Assistito 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 articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 11) Forma delle comunicazioni

Salvo diversa disposizione specificatamente richiamata nei singoli articoli tutte le comunicazioni alle quali è tenuto l'Assicurato devono essere fatte mediante fax, raccomandata o pec.

Art. 12) Competenza territoriale

Per ogni controversia tra la Società e l'Assicurato è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Art. 13) Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto alla Spett.le Inser SpA, di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente Convenzione saranno svolti per conto del Contraente dalla Spett.le Inser Spa la quale tratterà con la Società.

PRESTAZIONI DELLA CONVENZIONE

Art. 1) Eventi per i quali è prestata la Convenzione

Il presente programma è prestato per gli eventi di seguito indicati:

AREA RICOVERO

- ✓ ricovero reso necessario da malattia o da infortunio;
- ✓ intervento chirurgico, anche ambulatoriale, reso necessario da malattia o da infortunio;
- ✓ parto o aborto (escluso l'aborto volontario) comportanti ricovero nonché tutte le malattie derivanti e/o conseguenti.

Malattie e/o infortuni che comportino:

AREA FUORI RICOVERO

- ✓ spese extra-ospedaliere
- ✓ assistenza infermieristica
- ✓ cure per malattie oncologiche
- ✓ prevenzione
- ✓ perdita di autosufficienza.

Il tutto nei limiti e con le esclusioni di cui agli articoli seguenti.

Art. 2) Prestazioni della Convenzione

La Società, per le spese mediche sostenute in caso di malattie ed infortuni, nell'anno solare rimborsa:

AREA RICOVERO: A) Spese ospedaliere

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, parto cesareo o naturale, aborto spontaneo o post-traumatico, aborto terapeutico, intervento chirurgico e gessatura ambulatoriale:

- **nei 120 giorni precedenti all'inizio del ricovero:** medicinali, accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici nonché cure (anche omeopatiche) effettuati fuori dall'istituto di cura; la garanzia vale anche a favore del donatore in previsione di intervento chirurgico di espianto;
- **durante il ricovero:** rette di degenza, accertamenti diagnostici, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, onorari medici, cure, spese di sala operatoria od equipollente ed il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento), necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato/i; assistenza infermieristica, onorari di tutti i soggetti partecipanti all'intervento; prelievo di organi e parte di essi, loro trasporto, ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza. I neonati sono assicurati, con decorrenza immediata, dal momento della nascita per tutte le prestazioni previste dalla Convenzione compresi gli interventi e le cure per le correzioni di malformazioni e difetti fisici. Sono inoltre riconosciuti gli interventi durante la gestazione sul nascituro;
- **nei 120 giorni successivi al termine del ricovero:** accertamenti diagnostici, cure, medicinali (anche omeopatici), prestazioni mediche ed infermieristiche (anche omeopatiche), nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici fisioterapici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuati purché direttamente conseguenti

all'evento che ha causato il ricovero; la garanzia vale anche a favore del donatore a seguito di intervento chirurgico di espianto di organi e parte di essi.

Le Spese PRE si intendono prestate esclusivamente in forma rimborsuale; le Spese POST si intendono prestate in forma rimborsuale nel caso in cui non siano effettuate nella stessa struttura presso la quale è avvenuto il Ricovero.

Sono comprese in garanzia le spese sostenute in occasione di ricovero per **parto non cesareo** e rientranti tra quelle descritte in Convenzione, fino al limite indicato nella scheda sinottica (vedi pag. 15) per evento. In tal caso sono compresi, nel suddetto massimale, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami riguardanti il ricovero anche per il neonato.

Inoltre, sono comprese anche le spese per **parto cesareo** ed **aborto terapeutico**, (nonché tutte le malattie derivanti e/o conseguenti) purché comportanti il ricovero. In tal caso sono compresi nel limite indicato nella scheda sinottica (vedi pag. 15) per evento, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, le rette di degenza, le spese per gli onorari dei Chirurghi, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, i medicinali e gli esami riguardanti il ricovero anche per il neonato.

Relativamente alle spese sostenute in gravidanza (visite, accertamenti diagnostici, cure extraricovero, ecc.) si precisa che le stesse, ad eccezione delle prestazioni previste nelle "spese Extra-ospedaliere", sono ricomprese in garanzia, nell'ambito del massimale della garanzia "Cure domiciliari ed ambulatoriali".

È inoltre compresa la **chirurgia refrattiva** ed i trattamenti con laser eccimeri, limitatamente a quelli effettuati:

- a) in caso di anisometropia superiore a tre diottrie;
- b) in caso di vizio di refrazione pari o superiore a cinque diottrie per ciascun occhio.

La presente estensione di garanzia è prestata sino al limite indicato nella scheda sinottica (vedi pag. 15), per anno e per nucleo familiare.

L'operatività della presente garanzia è vincolata alla trasmissione, in caso di sinistro, di adeguata documentazione medica.

La Società è inoltre obbligata, per ogni evento, a:

- rimborsare le **spese di vitto e pernottamento** in Istituto di Cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato durante il ricovero dello stesso, fino ad un massimo di **Euro 75,00 al giorno** e massimo 30 giorni per evento;
- rimborsare le spese, in caso di urgenza o di necessità, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, sostenute per il **trasporto** dell'Assicurato o dell'accompagnatore a e da Istituto di Cura od Ospedale e da un Istituto di Cura od Ospedale ad un altro con i seguenti mezzi: treno, aereo anche sanitario, ambulanza, elicottero anche sanitario:
 - in Italia – fino ad un massimo di **Euro 1.050,00**
 - all'Estero – fino ad un massimo di **Euro 2.600,00**;
- rimborsare, in caso di decesso durante il ricovero avvenuto all'Estero, le spese per il **rimpatrio della salma** fino ad un massimo di **Euro 2.600,00**;
- corrispondere l'**indennità di convalescenza**, in caso di ricovero in Istituto di Cura che comporti intervento chirurgico con una degenza in via continuativa **superiore a 15 giorni** computabili dal primo giorno del ricovero stesso. La Società corrisponde, dopo la dimissione dall'Istituto di Cura, una indennità giornaliera, pari a **Euro 50,00** per ogni giorno prescritto dai sanitari che l'hanno curato; tale indennità viene corrisposta per un periodo pari alla durata del ricovero.

Nel caso di avvenuto ricovero in Struttura Sanitaria è facoltà dell'Assicurato richiedere un **anticipo sulle spese** effettivamente sostenute e documentate in misura non superiore al **60%** delle stesse, previa contestuale presentazione alla Società di certificazione provvisoria della Struttura Sanitaria che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, eventualmente la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare delle spese sanitarie risultante dal preventivo emesso dalla Struttura Sanitaria.

L'anticipazione delle spese può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare delle spese non sia inferiore a **Euro 2.500,00**. Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule spese si procede al conguaglio attivo o eventualmente passivo.



Qualora tutte le spese siano a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale Nazionale e pertanto non verrà richiesto alcun rimborso ai sensi del secondo paragrafo "durante il ricovero" della prestazione A) "Spese Ospedaliere", escluso quello inerente ad eventuali tickets, la Società corrisponderà **un'indennità giornaliera** di ricovero pari all'importo di **Euro 120,00** per ogni giorno di ricovero, ridotta del 50% in caso di ricovero in regime di Day-Hospital. L'indennità verrà corrisposta per un massimo di **100 giorni** per persona e per anno solare.

Per i ricoveri e/o Day Hospital durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio (c.d. "ricoveri impropri"); le relative spese verranno rimborsate nell'ambito delle garanzie "Cure Domiciliari/Ambulatoriali".

Relativamente alle garanzie sopra descritte, si precisa inoltre quanto segue:

tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub-massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica.

In particolare:

- 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 Convenzione, ove previsti;
- 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.

Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio sono escluse sia dalla garanzia Day hospital che ambulatoriale.

PRECISAZIONE

Qualora l'evento che comporti l'operatività della presente prestazione abbia inizio entro la data di scadenza della Convenzione, le garanzie di cui sopra si intendono operanti anche successivamente alla scadenza della Convenzione stessa, ferma restando la somma assicurata per l'annualità in corso.

MASSIMALI IN CASO DI RICOVERO

Si specifica che il massimale in caso di Ricovero e di Grandi Interventi è indicato nella scheda sinottica (vedi pag. 15).

Franchigie e scoperti

Sono operanti le franchigie e gli scoperti indicati nella scheda sinottica (vedi pag. 15).

Si rimanda alla sezione MODALITA' DI PAGAMENTO per le prestazioni miste.

AREA FUORI RICOVERO: B) Spese extra – ospedaliere

Intendendosi per tali:

Terapie

- Chemioterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Accertamenti diagnostici

- Amniocentesi (dopo il 35esimo anno di età)
- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Doppler
- Ecodoppler
- Ecografia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Endoscopia senza biopsia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- Mielografia
- PET
- Prelievo dei villi coriali (dopo il 35esimo anno di età)
- Radionefrogramma
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) inclusa angio RMN
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Telecuore
- Tomografia Computerizzata (TC) anche virtuale
- Uroflussometria
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Massimale, franchigie e scoperti

Il massimale, le franchigie e gli scoperti operanti sono indicati nella scheda sinottica (vedi pag. 15).

AREA FUORI RICOVERO: C) Altre spese

Per tali spese si intendono quelle sostenute, di seguito riportate, non rientranti nella prestazione A) “Spese Ospedaliere” e B) “Spese extra – ospedaliere”.

- **Assistenza infermieristica domiciliare**, in seguito ad infortunio o malattia purché prescritte da Medico specialista e prestate da personale specializzato.
Dette spese verranno rimborsate entro il limite indicato nella scheda sinottica (vedi pag. 15).
- **Malattie oncologiche**. La garanzia comprende, il rimborso delle spese per accertamenti diagnostici, visite specialistiche e relativi onorari medici, cure, trattamenti, terapie e medicinali, prescritti dal Medico relativi ad affezioni oncologiche. I limiti di indennizzo, le franchigie e gli scoperti sono indicati nella scheda sinottica (vedi pag. 15).



AREA FUORI RICOVERO: D) Prevenzione

L'Assicurato che abbia compiuto 30 anni può eseguire un check up di prevenzione una volta all'anno, **in un'unica soluzione**, entro limite annuo di **Euro 150,00** per nucleo, **esclusivamente in Strutture Sanitarie Convenzionate**.

Gli esami e le prestazioni previste sono quelle di seguito indicate.

Prestazioni previste per gli uomini:

- | | |
|--|---|
| • Alanina aminotransferasi ALT | • trigliceridi |
| • Aspartato Aminotransferasi AST | • tempo di tromboplastina parziale (PTT) |
| • colesterolo HDL | • tempo di protrombina (PT) |
| • colesterolo totale | • urea |
| • creatinina | • VES |
| • esame emocromocitometrico e morfologico completo | • Urine; esame chimico, fisico e microscopico |
| • gamma GT | • Feci: Ricerca del sangue occulto |
| • glicemia | • PSA |

Prestazioni previste per le donne:

- | | |
|--|---|
| • Alanina aminotransferasi ALT | • tempo di tromboplastina parziale (PTT) |
| • Aspartato Aminotransferasi AST | • tempo di protrombina (PT) |
| • colesterolo HDL | • urea |
| • colesterolo totale | • VES |
| • creatinina | • Urine; esame chimico, fisico e microscopico |
| • esame emocromocitometrico e morfologico completo | • Feci: Ricerca del sangue occulto |
| • gamma GT | • pap-test |
| • glicemia | • mammografia |
| • trigliceridi | |

E) Perdita di autosufficienza (garanzia operante per il solo caponucleo)

Qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente - clinicamente accertata- di svolgere in via autonoma alcuna delle seguenti attività quotidiane: lavarsi, vestirsi, nutrirsi e muoversi a seguito di infortunio occorso o malattia manifestatasi successivamente alla data di stipula del contratto, la Società riconoscerà allo stesso la somma **una-tantum di Euro 6.000,00** che verterà in un'unica soluzione nei sessanta giorni successivi alla presentazione della documentazione clinica.

Il diritto alla citata indennità è di carattere personale e, quindi, non trasmissibile agli eredi.

TICKETS

Resta inteso che per tutte le prestazioni previste nel capitolo "Prestazioni della Convenzione", nel caso in cui l'Assicurato usufruisca del Servizio Sanitario Nazionale, i tickets verranno rimborsati integralmente.



Scheda Sinottica Piano BASE

Prestazioni anno/nucleo-single

	SPESE OSPEDALIERE	MASSIMALI		SCOPERTO/FRANCHIGIA			
				UNDER 70 anni		OVER 70 anni	
		Network	Fuori Network	Network	Fuori Network	Network	Fuori Network
AREA RICOVERO	Ricovero e/o intervento chirurgico	ILLIMITATO	150.000 €	10% min 1.500 €	25% min 3.000 €	20% min 3.000 €	30% min 5.000 €
	Grande intervento chirurgico	ILLIMITATO	300.000 €				
	Rette di degenza	Incluso nel massimale					
	Spese pre/post ricovero	120 gg.					
	Sottolimiti						
	Parto non cesareo	5.000 €					
	Parto cesareo/aborto terapeutico	10.000 €					
	Chirurgia refrattiva	2.500 €					
	Vitto e pernottamento accompagnatore	75 €/gg - max 30 gg					
	Trasporto sanitario Italia	1.050 €					
	Trasporto sanitario Estero	2.600 €					
	Rimpatrio salma	2.600 €					
	Indennità Convalescenza (degenza > 15 gg)	50 €/gg					
	Indennità giornaliera (spese a carico SSN)	120 €/gg; max 100 gg - 60 € Day Hospital					
	Anticipo spese di ricovero	60% per spese > 2.500 €					
	Rimborso Tickets	100%					
AREA EXTRARICOVERO	SPESE EXTRAOSPEDALIERE	MASSIMALI	SCOPERTO/FRANCHIGIA				
			UNDER 70 anni		OVER 70 anni		
			Network	Fuori Network	Network	Fuori Network	
	Terapie e Diagnostica alta specializzazione	3.000 €	50 €	20% min 100 €	100 €	30% min 150 €	
	Cure oncologiche	5.000 €	50 €	20% min 100 €	100 €	30% min 150 €	
	Rimborso Tickets 100%						



ALTRE SPESE	MASSIMALI	SCOPERTO/FRANCHIGIA			
		UNDER 70 anni		OVER 70 anni	
		Network	Fuori Network	Network	Fuori Network
Assistenza infermieristica domiciliare	50 €/gg - max 20 gg				
Rimborso Tickets	100%				
PREVENZIONE	150 €	≠		solo capo nucleo	
LTC - perdita di autosufficienza (solo caponucleo)	6.000 € UNA TANTUM				
ASSISTENZA					
Consulti medici	n. 6 prestazioni anno/nucleo				
Invio medico	n. 3 prestazioni anno/nucleo				
Trasporto sanitario in emergenza all’Estero	500 € (in eccesso alla copertura base)				
Consegna farmaci a domicilio	n. 1 prestazioni anno/nucleo				
Network Sanitario Internazionale					
Consulenza medico-specialistica BEST OPINION	Misurazione parametri medici, Servizio alert parametri medici, Consulti medici in video conferenza, Servizio Medical Passport				
APP DOC24					

Le prestazioni avranno la seguente efficacia:

- In caso di Infortunio: dal giorno di attivazione della copertura;
- In caso di Malattia: dal 30° giorno successivo all'attivazione della copertura;
- In caso di Malattia e/o conseguenza di stati patologici insorti precedentemente l'effetto del Piano: dal 365° giorno successivo all'attivazione della copertura (purché non esclusi);
- In caso di parto (ove previsto): dal 300° giorno successivo all'attivazione della copertura.



DENUNCIA DEL SINISTRO

La modalità di denuncia del sinistro, si differenzia in base alla tipologia di Struttura sanitaria utilizzata.

A. UTILIZZO DI STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA CON IL PROVIDER (assistenza in forma diretta)

L'Assicurato può verificare l'elenco delle Strutture sanitarie e dei medici specialisti convenzionati con il Provider, mediante l'accesso alla propria Area personale riservata, all'indirizzo www.soluzioniassicurativesanitarie.it, oppure attraverso l'area pubblica dello stesso sito.

L'Assicurato, deve prenotare la prestazione sanitaria da effettuare, utilizzando una delle seguenti modalità:

- **Accedere all'Area personale riservata**, all'indirizzo www.soluzioniassicurativesanitarie.it e una volta individuata la Struttura sanitaria desiderata, inviare alla stessa la richiesta di prenotazione, compilando il relativo form, indicando i recapiti telefonici ed indirizzo email, le prestazioni sanitarie a lui necessarie, due date ed orari nelle quali preferirebbe effettuare le precitate prestazioni ed allegando la prescrizione medica completa di diagnosi presunta o certa.
La Struttura sanitaria, contatta successivamente l'Assicurato per confermare una delle date prescelte oppure accordarsi su una data/orario diverso e/o per richiedere eventuali ulteriori informazioni. Ad appuntamento concordato, la Struttura sanitaria apre il sinistro impegnando il massimale previsto per l'importo della prestazione da effettuare.
- **Rivolgersi direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata**, contattando la stessa ai recapiti presenti nella scheda della Struttura sul sito www.soluzioniassicurativesanitarie.it comunicando il proprio codice fiscale e presentandosi come Assicurato **SAS/ALLIANZ** permettendo così alla Struttura sanitaria di identificarlo e di verificare l'operatività della Convenzione nei confronti dello stesso, la disponibilità del massimale residuo ed il giorno disponibile per l'esecuzione della prestazione.

Per qualunque problema o richiesta di chiarimento è sempre possibile chiamare la Centrale Informativa del Provider, dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 17, ai seguenti numeri:

- Numero verde dall'Italia: 800-129448 (da telefono fisso); 848-082391 (da cellulare);
- Dall'estero: +39 06-67549430

Nel caso in cui l'Assicurato utilizzi una Struttura sanitaria convenzionata senza aver attivato una delle modalità soprariportate, le spese sanitarie sostenute – indennizzabili a termini di Convenzione - verranno liquidate secondo quanto indicato al punto B) "Utilizzo di Struttura sanitaria non convenzionata con il Provider (assistenza in forma rimborsuale)".

L'Assicurato deve presentare alla Struttura sanitaria convenzionata, all'atto della fruizione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione medica completa di diagnosi presunta o certa.

L'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa e documento privacy a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Struttura sanitaria non può richiedere all'Assicurato, né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, ad eccezione del caso di crediti relativi a spese per prestazioni non previste o comunque non indennizzabili a termini di Convenzione, eccedenti i massimali assicurati o non autorizzate dalla Centrale Informativa, oppure per sinistri che solo in fase di valutazione medica e/o amministrativa risultassero non rimborsabili a termini di Convenzione.

B. UTILIZZO DI STRUTTURA SANITARIA NON CONVENZIONATA CON IL PROVIDER (assistenza in forma rimborsuale)

L'Assicurato, comunicando i propri dati anagrafici, può richiedere preventivamente alla Centrale Informativa qualsiasi informazione inerente l'operatività della copertura, l'indennizzabilità della prestazione da effettuare e l'eventuale quota a proprio carico.



L'Assicurato può accedere alle informazioni soprariportate - anche attraverso la propria Area personale riservata - all'indirizzo www.soluzioniassicurativesanitarie.it

L'Assicurato deve richiedere al Provider il rimborso delle prestazioni sanitarie effettuate - entro 30 giorni dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria o dell'emissione della fattura o ricevuta negli altri casi - inviando copia di tutta la documentazione inerente la spesa sanitaria sostenuta (compresa anche la prescrizione medica completa di diagnosi presunta o certa), attraverso una delle modalità di seguito indicate:

1. Area Personale riservata all'indirizzo www.soluzioniassicurativesanitarie.it
2. Email: info@soluzioniassicurativesanitarie.it
3. Email: reclami@soluzioniassicurativesanitarie.it

Eventuali sospensioni della pratica o richieste di integrazione di documentazione verranno effettuate attraverso il sistema telematico, pertanto si raccomanda di verificare la presenza all'interno dei dati personali dell'area riservata, di un indirizzo email valido; in alternativa l'Assicurato può richiedere alla Centrale Informativa l'inserimento o la correzione dello stesso.

Qualora diversamente richiesto dall'Assicurato, lo stesso può inviare la copia della documentazione anche in forma cartacea all'indirizzo sopraindicato; si raccomanda di inviare sempre la copia dei documenti, soprattutto della documentazione di spesa. Nel caso la fattura venisse per errore inoltrata in originale, la stessa verrà restituita a mezzo posta, con il relativo costo a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato può verificare in ogni momento - tramite l'accesso all' Area personale riservata - lo stato di avanzamento delle sue pratiche di rimborso.

Per entrambi i punti A) e B) soprariportati, l'Assicurato deve:

- fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla Malattia e/o all'Infortunio che hanno determinato il Ricovero o altra prestazione extraricovero indennizzabili a termini di Convenzione;
- presentare le copie delle notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate, relative alle spese sostenute correlate dalla prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. Si ricorda che è sempre obbligatoria l'apposizione della marca da bollo da € 2 su fatture di importo pari o superiori ad € 77,47 (ad accezione dei casi nei quali la fattura riportasse la dicitura "marca da bollo assolta in maniera virtuale" o similari).

L'Assicurato deve altresì:

- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dalla Società;
- fornire alla Società ogni altra documentazione o informazione amministrativa e/o sanitaria che la stessa ritenga necessaria per poter processare la pratica, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Nel caso in cui, durante il periodo di cura, sopravvenga la morte dell'Assicurato, l'Azienda socia o gli eredi legittimi devono darne immediato avviso alla Società e gli adempimenti di cui sopra dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

A) RICOVERO OSPEDALIERO

1. Ricoveri in Strutture sanitarie convenzionate con equipe medica e/o chirurgica convenzionata

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico in Struttura sanitaria convenzionata ed equipe medica e/o chirurgica convenzionata, la Società provvederà ad effettuare il pagamento diretto alla Struttura sanitaria di tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero, nei limiti previsti nella sezione "A) Spese Ospedaliere".

2. Ricoveri in Strutture sanitarie convenzionate con equipe medica e/o chirurgica non convenzionata

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico in Struttura sanitaria convenzionata ed equipe medica e/o chirurgica non convenzionata, la Società provvederà a:

- pagare direttamente alla Struttura sanitaria tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero, nei limiti previsti nella sezione "A) Spese Ospedaliere";
- rimborsare all'Assicurato, le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni dell'equipe non convenzionata, nei limiti previsti nella sezione "A) Spese Ospedaliere".

3. Ricoveri in Strutture sanitarie non convenzionate con equipe medica e/o chirurgica non convenzionata

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, in Struttura sanitaria non convenzionata ed equipe medica e/o chirurgica non convenzionata, la Società, rimborserà all'Assicurato, le spese effettivamente sostenute e documentate durante il ricovero, nei limiti previsti nella sezione "A) Spese Ospedaliere".

4. Spese precedenti e successive al ricovero

La Società provvederà a rimborsare le Spese PRE Ricovero con o senza intervento chirurgico o l'intervento chirurgico ambulatoriale, effettivamente sostenute e documentate, nei limiti indicati nei precitati articoli.

Lo stesso avverrà per le spese POST Ricovero, se sostenute in una struttura diversa da quella presso la quale è avvenuto il ricovero.

La Società provvederà ad effettuare il pagamento diretto alla Struttura sanitaria delle spese POST ricovero solo se effettuate nella stessa struttura presso la quale è avvenuto il ricovero, nei limiti indicati nei precitati articoli.

B) SPESE EXTRAOSPEDALIERE

1. Prestazioni extraospedaliere effettuate in Strutture sanitarie convenzionate

La Società provvederà ad effettuare il pagamento diretto alla Struttura sanitaria delle spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni previste nella sezione "B) Spese Extra-ospedaliere": Terapie e accertamenti diagnostici, nei limiti indicati nei precitati articoli.

2. Prestazioni extraospedaliere effettuate in Strutture sanitarie non convenzionate

La Società provvederà a rimborsare all'Assicurato le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni previste nella sezione "B) Spese Extra-ospedaliere": Terapie e accertamenti diagnostici, nei limiti indicati nei precitati articoli.

C) ALTRE SPESE

1) Prestazioni “altre spese” effettuate in Strutture sanitarie convenzionate

La Società provvederà ad effettuare il pagamento diretto alla Struttura sanitaria delle spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni previste nella sezione “C) Altre Spese”, nei limiti indicati nei precitati articoli.

2) Prestazioni “altre spese” effettuate in Strutture sanitarie non convenzionate

La Società provvederà a rimborsare all'Assicurato le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni previste nella sezione “C) Altre Spese”, nei limiti indicati nei precitati articoli.

D) PREVENZIONE

1) Prestazioni “Prevenzione” effettuate esclusivamente in Strutture sanitarie convenzionate

La Società provvederà ad effettuare il pagamento diretto alla Struttura sanitaria delle spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni previste nella sezione “D) Prevenzione”, nei limiti indicati nei precitati articoli.



Cranio e sistema nervoso centrale e periferico

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.
- Asportazione di neoplasie endocraniche o di aneurismi.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta o indiretta.
- Operazioni di encefalo meningocele.
- Talatomia, pallidotomia ed altri interventi simili.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.

Faccia e bocca

- Parotidectomia con preparazione del nervo facciale.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale.

Stomaco e duodeno

- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

Intestino

- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia.
- Colectomia totale.

Retto

- Resezione anteriore retto-colica.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale in un tempo - in più tempi.

Fegato e vie biliari

- Resezione epatica.
- Epatico e coledoctomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

Pancreas e milza

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudocisti.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi del pancreas.
- totale e della testa della coda:
 - Splenectomia.
 - Anastomosi porta-cava e spleno-renale.
 - Anastomosi mesenterica-cava.

Vasi

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi:
 - carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache e aorta.

Pediatria

- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice - abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare - abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:
 - resezione con reimpianto,
 - resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Megacolon - operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Cranio bifido con meningocele.
- Torace a imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatici.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Spina bifida meningocele o mielomeningocele, mielocistocele.

Ortopedia e traumatologia

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.

Urologia

- Intervento per fistola vescico-rettale
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Uretero-ileo anastomosi (o colon).
- Cistectomy totale ureterosigmoidostomia.
- Surrenalectomia.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefroureterectomy totale.
- Surrenalectomia.

Apparato genitale

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.
- Pannisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno.

Otorinolaringoiatria

- Naso:
 - intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Laringe:
 - laringectomia totale;
 - faringolaringectomia.
- Orecchio:
 - antro - atticotomia.

Collo

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Timectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

Torace

- Resezioni segmentarie e lobotomia.
- Pneumectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi del polmone.
- Interventi per fistole bronchiali - cutanee.
- Pleuropneumectomia.
- Timectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

Chirurgia toracica

- Pericardiectomia parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per asportazione dei grossi vasi.
- Derivazioni aorto-polmonari.
- Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica).

Esofago

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali.
- Esofagoplastica.
- Reintervento per megaesofago.

Simpatico e vago

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splacnici.
- Surrenalectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.

Trapianti d'organo

- Tutti



ASSISTENZA

La Spettabile ICC International Care Company S.p.A. (d'ora in avanti Impresa) erogherà le seguenti prestazioni attraverso la propria Centrale Operativa DOC24.

L'attivazione delle prestazioni avviene esclusivamente chiamando la **Centrale Operativa DOC24** al **Numero Verde 800.383098 dall'Italia e, il nr. +39 039 65546050 dall'estero.**

PRESTAZIONI

1) Consulti medici

La Centrale Operativa DOC24 mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario. La prestazione è fornita per un massimo di 6 volte all'anno (comprensivi dei Consulti previsti al paragrafo 6.3).

2) Invio medico

La Centrale Operativa DOC 24 mette a disposizione, tutti i giorni dalle ore 20.00 alle ore 08.00 successive e 24 ore su 24 al sabato e festivi, il proprio Servizio di Guardia Medica che garantisce la disponibilità di medici generici, pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa DOC24 e a seguito di una prima valutazione telefonica con il medico di guardia interno, su semplice richiesta del Socio invierà il medico richiesto; il costo dell'intervento è a carico dell'Impresa.

In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa DOC24 organizza il trasferimento in autoambulanza del paziente in un pronto soccorso; il costo di tale intervento è a carico dell'Impresa.

La prestazione è fornita per un massimo di 3 volte per anno.

3) Trasporto sanitario in emergenza all'Estero

La Centrale Operativa DOC24, qualora il Socio necessiti di un trasporto sanitario in emergenza, dovuto ad infortunio o malattia occorso all'Estero organizza il trasferimento secondo le indicazioni ricevute con il mezzo più appropriato tenendo a proprio carico le spese di organizzazione e un costo di trasporto fino ad un massimo di € 500,00 qualora venga esaurito il massimale previsto nella sezione "A) Spese Ospedaliere".

La prestazione è fornita per un massimo di 1 volta per anno.

4) Consegna farmaci a domicilio

La Centrale Operativa DOC24 garantisce, 24 ore su 24 la ricerca e consegna dei farmaci.

Se il medicinale necessita di ricetta, il personale incaricato passa prima al domicilio del Socio e quindi in farmacia.

Resta a carico del Socio il solo costo del farmaco. La prestazione è fornita per un massimo di 1 volta per anno.

5) Network Sanitario Internazionale

La Centrale Operativa DOC24, su richiesta del Socio mette a disposizione il proprio Network di Cliniche e Centri medici a livello Internazionale (world wide) sviluppato attraverso la collaborazione con International Assistance Group (di cui la Società è membro

esclusivo per l'Italia) e presenti nel Database "Globus".

Attivando il Servizio, 24 ore su 24, il Socio potrà ottenere ogni tipo di informazione sanitaria relativa alle Strutture Sanitarie convenzionate del Paese e Luogo prescelto e in caso di ricovero, l'applicazione dei tariffari convenzionati con la struttura sanitaria identificata.

Qualora il Socio richiedesse il pagamento diretto delle prestazioni effettuate, lo stesso potrà essere effettuato solo dopo aver ricevuto l'autorizzazione scritta da parte del provider SAS.

La prestazione è fornita illimitatamente nel periodo di validità della copertura.

6) APP DOC 24

Il Socio può scaricare l'APP DOC 24 (disponibile su Apple Store e Google Play) accedendo ai servizi di assistenza medica come descritti di seguito; dovrà accedere al sito www.doc24.it ed effettuare la registrazione utilizzando il codice indicato in Procedura per attivazione APP DOC24.

Al termine della quale riceverà email contenente username e password di accesso.

La APP DOC 24 mette a disposizione del Socio le seguenti prestazioni:

6.1) Misurazione parametri medici

Qualora il Socio effettui delle misurazioni di uno o più dei seguenti parametri vitali:

- pressione arteriosa;
- ossigenazione del sangue;
- frequenza cardiaca;
- glicemia;
- peso

potrà, utilizzando l'APP, inserire manualmente i dati rilevati dai device medici in uso (l'inserimento sarà automatico se gli stessi devices sono integrati nell'APP).

In presenza di una connessione Internet con banda sufficiente, tali rilevazioni verranno in maniera del tutto automatica trasferite alla Centrale Operativa Medica a disposizione dei medici presenti H24 e, attraverso la piattaforma di telemedicina, saranno registrate nella cartella medica personalizzata del Socio, Medical Passport, disponibile via web e di facile consultazione anche per il proprio medico di famiglia.

6.2) Servizio Alert parametri medici

Al momento dell'attivazione del servizio, salvo diversa indicazione da parte del Socio, il sistema fissa in modo automatico, sulla base degli standard medici, i limiti minimo e massimo delle diverse misurazioni.

Una volta ricevuta la misurazione in Centrale Operativa DOC24, qualora fuoriesca dai limiti stabiliti, il sistema attiverà un "Alert" a seguito del quale il Servizio Medico si metterà in contatto con il Socio tramite il mezzo più idoneo (cellulare/ telefono casa/e-mail, ecc.) per concordare gli interventi più appropriati.

6.3) Consulto medici in video conferenza

Attraverso la sezione Assistenza presente nell'APP DOC 24, in caso di necessità, se presente una connessione Internet a banda sufficiente al funzionamento del servizio di video-conferenza, il Socio potrà effettuare una videochiamata 24 ore su 24 alla Centrale Operativa DOC24 la quale organizzerà l'accesso a sessioni di video-conferenza di consulto medico on-line come precisate di seguito.

- Consulti generici con il Servizio Medico della Centrale Operativa DOC24. La prestazione viene erogata 24 ore su 24 dal Servizio Medico della Centrale Operativa DOC24 ed è fornita gratuitamente per un massimo di 6 volte per periodo di validità annuale (eventuali consulto derivanti dal Servizio Alert sono esclusi dal numero di prestazioni previste in questa sezione).



- Consulti con specialisti (pediatri, cardiologi, psicologi, ecc.) a pagamento. A seguito della richiesta del Socio, e su indicazione del Servizio Medico interno, la Centrale Operativa DOC24 organizza il consulto on-line con lo specialista indicato dando conferma al Socio del costo della prestazione che dovrà essere pagata su base tariffaria con carta di credito prima dell'inizio del consulto. I consulti avverranno su prenotazione nei giorni feriali tra le ore 9.00 e le ore 18.00.

In assenza di una connessione Internet adeguata al funzionamento del servizio di video-conferenza, il Socio potrà alternativamente accedere alle sessioni di consulto medico sopra specificate via telefono, attraverso il Numero Verde 800383098.

6.4) Servizio Medical Passport

Tutte le misurazioni registrate nell'APP DOC 24, in presenza di una connessione a banda sufficiente, vengono automaticamente trasferite in Medical Passport, il servizio di cartella medica online che permette di archiviare tutti i dati sulla propria salute in modo semplice e sicuro, di tradurli automaticamente nelle lingue più conosciute, di allegare immagini di diagnostica di precedenti esami specialistici (radiografie, tac, elettrocardiogrammi, ecc.) e di accedervi sempre e dovunque, con un semplice click.

Il Socio può accedere a Medical Passport inserendo le stesse username e password personali rilasciate per l'accesso all'app DOC24 nel sito www.medical-passport.it.

Il servizio Medical Passport ha la stessa durata dei servizi inclusi nell'APP DOC 24.

7) Consulenza medico-specialistica "Best Opinion"

Il Socio, a seguito di infortunio o malattia, ha la possibilità di ricevere un secondo parere medico, complementare rispetto a una precedente valutazione medica, da parte di uno specialista della rete; potrà contattare la Centrale Operativa DOC24, che si occuperà di gestire e organizzare tutte le diverse fasi del servizio.

La consulenza specialistica verrà erogata, in via principale e ove possibile, con modalità telematica attraverso il sistema "DOC 24", e con la possibilità per il Socio di interagire in videoconferenza direttamente con il medico specialista.

Il Servizio Medico della Centrale Operativa DOC24, accertata la necessità della richiesta, attingendo alla propria banca dati, individua i migliori specialisti convenzionati relativamente al caso clinico in esame e li sottopone al Socio per la sua scelta finale.

Successivamente si procede con il consulto come di seguito indicato:

- a) Lo specialista prescelto, collegandosi via internet accede alla cartella clinica del paziente, opportunamente caricata on-line dal Socio e/o dal Servizio Medico della Centrale Operativa DOC24 a seguito della ricezione della documentazione clinica e diagnostica del Socio, e formula il proprio parere direttamente on line.

Il Servizio Medico della Centrale Operativa DOC24 avrà cura di trasferire il parere espresso dal medico specialista direttamente al Socio.

Qualora Il Socio desideri assistere alla videoconsulenza on line, dovrà collegarsi all'APP DOC 24, l'Impresa potrà così organizzare il videoconsulto attraverso Internet.

La connessione alle informazioni medico-diagnostiche del paziente avviene su sito sicuro e attraverso la creazione di link temporanei (one time).

- b) Se invece lo specialista prescelto non è collegato alla rete telematica, né raggiungibile attraverso Internet, o il Socio non è disponibile in alcun modo al consulto on line, l'Impresa a seguito della ricezione dell'intera documentazione clinica e diagnostica del Socio, ne predispone la traduzione (se necessaria) e la invia per posta allo specialista. Una volta eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche, il medico specialista formula una risposta scritta e la inoltra alla Centrale Operativa DOC24.

Con la finalità di fornire un'efficace e completa comunicazione del parere erogato, la Centrale Operativa DOC24 organizza un incontro nella città di residenza tra il Socio e un medico specialista affinché quest'ultimo possa consegnare e spiegare opportunamente il contenuto della consulenza ricevuta.

Il Socio può usufruire del servizio fino ad un massimo di tre prestazioni per anno di validità del servizio.



L'Impresa tiene a proprio carico tutte le spese relative all'organizzazione e alla gestione della consulenza medico-specialistica, mentre rimane escluso l'onorario dello specialista consultato.

Rimangono inoltre a carico del Socio il costo di tutti gli esami necessari (esami diagnostici, esami di laboratorio, immagini fotografiche, ecc.) per il consulto ed eventualmente il costo di ulteriori accertamenti richiesti dallo specialista contattato.

Esonero di responsabilità

Il Socio dichiara fin d'ora di esonerare l'Impresa da qualsivoglia responsabilità derivante dal mancato funzionamento – totale e/o parziale – dell'APP DOC 24 e del servizio di cartella medica online Medical Passport a causa di mancata e/o parziale copertura del servizio Internet, attraverso il quale l'APP DOC 24 e il servizio Medical Passport funzionano in modo adeguato.

Il Socio prende atto che, in caso di divergenza tra il dato rilevato dallo strumento di misurazione e quello pubblicato sul tablet/smartphone, è da ritenere valido quello rilevato dallo strumento di misurazione e che in ogni caso il servizio non può in alcun modo sostituirsi all'esame obiettivo del medico curante



Procedura per attivazione APP

DOC24

1. Visitare www.doc24.it
2. Cliccare "ATTIVA DOC 24"
3. Cliccare "NUMERO DI POLIZZA O CODICE CONTRATTO"
4. Inserire i propri dati insieme al codice di attivazione **ZZZZ18**
5. Spuntare il consenso alla privacy e alle condizioni di servizio
6. Cliccare "INVIA": riceverete via sms un codice PIN da inserire nel form di registrazione entro 10 minuti
7. Cliccare "INVIA"
8. Al termine del processo di registrazione riceverete sia via mail che via sms le credenziali di accesso all'app
9. Allegati alla mail riceverete anche il modulo privacy e le condizioni di servizio che avete accettato, spuntandole, nel form di registrazione.

