



SALUTE

BENESSERE IMPRESA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI ALLA PERSONA, MALATTIA E INFORTUNI.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO È COMPOSTO DA:

- DIP - Documento informativo precontrattuale
- DIP aggiuntivo - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo
- Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario
- Informativa privacy
- Moduli denuncia sinistro
- Manuale App

Il Set Informativo deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

PAGINA NON UTILIZZABILE

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Contratto di assicurazione contro i danni alla persona. Malattia e infortuni.



Che cosa è assicurato?

Per ciascuna categoria o sottocategoria omogenea di lavoratori, di diverso ordine o grado (Dipendenti, Quadri, Dirigenti), di piccole o medie Imprese Associate, come Cassa/Mutua/Fondo sanitario, in qualità di contraente e in forza di un contratto collettivo nazionale o accordo negoziale, puoi erogare per il tramite di Groupama le prestazioni sanitarie scegliendo la combinazione di garanzie, detta "Piano sanitario", più idonea per la singola categoria tra:

- **6 Piani sanitari** per i Dipendenti in forma completa;
- **8 Piani sanitari** per i Quadri 4 in forma completa e 4 in forma integrativa;
- **3 Piani sanitari** per i Dirigenti 1 in forma completa e 2 in forma integrativa

per assicurare, in caso di infortunio o malattia, in base alla combinazione scelta, tra le seguenti:

- ✓ **Rimborso prestazioni ospedaliere:** il rimborso delle spese sostenute per **prestazioni ospedaliere** che, in funzione dell'opzione prescelta, includono una o più tra le seguenti: Ricovero con/senza intervento; Day Surgery; Day Hospital; Intervento chirurgico ambulatoriale; Grandi interventi chirurgici; Parto cesareo e aborto terapeutico; Parto fisiologico; Correzione difetti visivi; Intervento chirurgico odontoiatrico; Indennità sostitutiva in caso non si sostenga alcuna spesa; spese relative a vitto e pernottamento di un Accompagnatore; Trasporto Sanitario; Rimpatrio salma.
- ✓ **Indennità giornaliera da ricovero:** un'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero in Istituto di cura (dimezzata in caso di ricovero diurno).
- ✓ **Alta Diagnostica:** il rimborso delle spese sostenute per cure e diagnostica di alta specializzazione.
- ✓ **Rimborso prestazioni extraospedaliere:** il rimborso delle spese sostenute per **prestazioni extraospedaliere** che, in funzione dell'opzione prescelta, includono una o più tra le seguenti:
Visite specialistiche, Accertamenti, Analisi di laboratorio; Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio; Indennità giornaliera da gessatura; Cure oncologiche effettuate in regime extra-ospedaliero; Assistenza infermieristica domiciliare.
- ✓ **Rimborso spese odontoiatriche:** il rimborso delle spese odontoiatriche sostenute, escluse le cure ortodontiche.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, AIDS o sindromi correlate;
- ✗ Soggetti non stabilmente residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano;
- ✗ Quando richiesto il Questionario Sanitario, le conseguenze dirette o indirette di infortuni, malattie e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente all'inserimento nel contratto, sia se sottaciute con dolo o colpa grave, sia se in esso dichiarate;
- ✗ I trattamenti psicoterapici in conseguenza di malattie mentali e disturbi psichici;
- ✗ le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo non rientranti nella garanzia Prevenzione; i vaccini, le prestazioni di routine pediatriche;
- ✗ Intossicazioni dovute all'abuso di psicofarmaci o di alcool, uso di stupefacenti/allucinogeni;
- ✗ Interruzione volontaria della gravidanza;
- ✗ Cure per infertilità, sterilità;
- ✗ Cure per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici preesistenti;
- ✗ Trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico o non resi necessari da malattia o infortuni;
- ✗ Conseguenze di: movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti; guerra, insurrezioni, tumulti popolari o aggressioni cui ha preso parte attiva; trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo;
- ✗ Infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- ✗ Infortuni derivanti da alcune attività lavorative (ad es. guardia armata, portavalori, sommozzatore, ecc...)
- ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di alcuni sport (ad es. pugilato, alpinismo, rugby, rufting, paracadutismo, ecc...)



Ci sono limiti di copertura?

- ! Non sono assicurabili i soggetti che alla stipula hanno un'età superiore ai 70 anni d'età.
- ! L'età dei singoli Assicurati alla data dei successivi rinnovi annuali non può eccedere i 75 anni di età.

*Le garanzie di cui sopra prevedono anche l'assistenza diretta per cui, avvalendosi di strutture e personale sanitario convenzionato, l'assistito assicurato può non anticipare i costi.

✓ **Ticket sulle prestazioni coperte:** il rimborso senza applicazione di scoperti delle spese sostenute a titolo di Ticket sanitario per prestazioni ospedaliere, extraospedaliere, di alta diagnostica e odontoiatriche, sempre se presenti nell'opzione scelta.

✓ **Lenti:** il rimborso delle spese sostenute per la prima prescrizione di lenti o per la successiva modifica del visus.

✓ **Prevenzione:** le spese per il Check-up presso centri convenzionati; un pacchetto Maternità; un'indennità in caso di figli con Trisomia 21, sindrome di down; un rimborso per immunizzarsi dall'insorgenza dell'Herpes Zoster.

L'Assicurazione può essere estesa anche al nucleo familiare se previsto dai contratti.

L'assicurazione può essere prestata in forma integrativa rispetto ai Fondi Sanitari solo per le categorie lavorative dei Quadri e Dirigenti.

! Non sono assicurabili i figli non fiscalmente a carico che abbiano compiuto il 26° anno di età.

! Il contratto attivato per un numero di lavoratori inferiore a 6 unità, eccezion fatta per gli infortuni, prevede alcune carenze, ovvero le garanzie decorrono trascorso un periodo di tempo predefinito utile ad escludere sinistri latenti.

! Su alcune prestazioni sono operanti dei limiti temporali (es. giorni di ricovero) o di importo (es. per assistenza infermieristica domiciliare).

! Sono operanti dei massimali per nucleo e per anno.

! Sono presenti scoperti e franchigie applicabili per evento.

! Non si farà luogo ad alcun rimborso per ricovero reso necessario da grande intervento chirurgico qualora l'intervento non rientri tra quelli elencati o non sia ad essi equiparabile per complessità o tecniche operatorie adottate per il Piano special.



Dove vale la copertura?

✓ L'assicurazione è valida in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Quando tu sottoscrivi il contratto e gli Assicurati compilano il questionario sanitario, nei casi in cui è previsto, avete il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza o comportare effetti sulla prestazione.

- Devi fornire agli Assicurati la documentazione contrattuale, l'informativa privacy, raccogliere dagli stessi i Questionari sanitari, ove previsti, e fornirli alla Società, nonché raccogliere e conservare i certificati di adesione e fornirli alla Società a richiesta.

- In caso di sinistro, l'Assicurato o tu dovete darne avviso scritto alla Società di gestione sinistri o alla Società.



Quando e come devo pagare?

Il Premio annuo deve essere pagato al rilascio della Polizza. Il premio può essere corrisposto anche in rate semestrali, trimestrali e trimestrali senza l'applicazione di un aumento. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze stabilite. Il Premio è comunque dovuto per l'intera annualità.

Puoi pagare il premio tramite assegno bancario, postale o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico o con denaro contante nei limiti previsti dalla legge. Il premio è comprensivo d'imposte.

Per le inclusioni di Assicurati in corso di contratto che comportano un incremento di premio dovrai corrisponderlo all'atto della formalizzazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione, stipulata con il tacito rinnovo, ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza oppure dalla data del pagamento del premio, se successiva alla sottoscrizione. Se non paghi i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.



Come posso disdire la polizza?

In presenza di tacito rinnovo puoi disdire il contratto mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza contrattuale. In mancanza di disdetta, esercitata nei tempi e nelle modalità indicate, l'assicurazione si intende prorogata per un anno e così successivamente.

Assicurazione Infortuni, Malattia e altre garanzie

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)



Groupama
Assicurazioni

Prodotto: Benessere Impresa

Data: 07/2026

Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

Società Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma, Italia.

Tel. +39 06/3018.1, fax +39 06/80210.831, www.groupama.it – info@groupama.it – PEC: groupama@legalmail.it

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma – Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585. È Impresa sottoposta al controllo da parte dell'IVASS ed iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 e codice IVASS A095S. Groupama Assicurazioni S.p.A. è diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio – avente sede legale in Francia: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg.

Alla data dell'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2025, il patrimonio netto della Compagnia ammonta a 650,5 milioni di euro e il risultato economico dell'esercizio è pari a 21,4 Milioni di euro. L'indice di solvibilità (Solvency Ratio) è 270,39%.

Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet dell'Impresa <https://www.groupama.it/conoscerci/governance-e-risultati-economici>

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare? Non sono previste opzioni con riduzione del premio e pagamento di un premio aggiuntivo



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Di seguito alcuni esempi delle esclusioni previste dalla polizza:

- ✗ le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
- ✗ le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ✗ le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie (se non previste dal Piano Sanitario prescelto) e le cure ortodontiche.



Ci sono limiti di copertura?

Di seguito è riportata la somma o il massimale più alto della garanzia per i diversi piani sanitari; si fornisce inoltre un'indicazione sintetica dell'esistenza di scoperti, franchigie e sottolimiti avendo riguardo alla prestazione di maggior rilievo. Relativamente ai limiti per singola garanzia si rimanda all'allegato 2 delle Condizioni di Assicurazione.

Piano Sanitario DIPENDENTI	Start	Special	Medium	Classic	Premium	Elite
Rimborso prestazioni ospedaliere	Indennità giornaliera €100 per un massimo di 200 giorni. Franchigia; 2 giorni	Rimborso grandi interventi €150.000 Nessuno scoperto per strutture convenzionate	Indennità giornaliera €150 per un massimo di 200 giorni. Franchigia: 2 giorni	Rimborso prestazioni ospedaliere €100.000 Franchigia strutture Convenzionate:	Rimborso prestazioni ospedaliere €150.000 Franchigia strutture Convenzionate:	Rimborso prestazioni ospedaliere €200.000 Franchigia strutture Convenzionate:

	In caso di day hospital/day surgery l'indennità è al 50% e per un massimo di 100 giorni	Scoperto per strutture non convenzionate: 20%. Limite temporale spese pre e post ricovero: 90 giorni	In caso di day hospital/day surgery l'indennità è al 50% e per un massimo di 100 giorni	1000 €; in caso di day hospital/day surgery è pari a 100 € Scoperto strutture non convenzionate: 20%. Limite temporale spese pre e post ricovero: 60 giorni	500 €; in caso di day hospital/day surgery è pari a 100 € Scoperto strutture non convenzionate: 20%. Limite temporale spese pre e post ricovero: 90 giorni	500 €; in caso di day hospital/day surgery è pari a 100 € Scoperto strutture non convenzionate: 20%. Limite temporale spese pre e post ricovero: 90 giorni
Alta diagnostica	Garanzia non prevista			Massimale: €2.000 Scoperto: 20%	Massimale: €3.000 Scoperto: 20%	Massimale: €4.000 Scoperto: 20%
Rimborso extra-ospedaliero	Massimale: €1.000	Massimale: €1.500	Massimale: €1.700	Massimale: €10.000	Massimale: €10.000 Per visite specialistiche massimale €1.000 con scoperto del 20%	Massimale: €10.000 Per visite specialistiche massimale €1.500 con scoperto del 20%
Rimborso spese odontoiatriche	Massimale: €1.000	Massimale: €1.500 Scoperto: 20% per spese conseguenti a malattia con minimo di 150 €	Massimale: €2.000	Massimale: €2.000 Scoperto: 20% per spese conseguenti a malattia con minimo di 100 €	Massimale: €3.000 Scoperto: 20% per spese conseguenti a malattia con minimo di 150 €	Massimale: €4.000 Scoperto: 20% per spese conseguenti a malattia con minimo di 150 €
Rimborso Ticket Servizio Sanitario Nazionale	Previsto al 100%	Previsto al 100%	Previsto al 100%	Previsto al 100%	Previsto al 100%	Previsto al 100%
Lenti	Garanzia non prevista					€150 Franchigia: €50
Prevenzione	Garanzia non prevista			Inclusa	Inclusa	Inclusa
QUADRI	Classic	Special	Premium	Elite		
Rimborso prestazioni ospedaliere	Massimale: €100.000 Nessuno scoperto per strutture convenzionate Scoperto per strutture non convenzionate: 20% con massimo di 5.000 €. Limite temporale spese pre e post ricovero: 90 giorni	Massimale: €200.000 Nessuno scoperto per strutture convenzionate Scoperto per strutture non convenzionate: 20% con massimo di 5.000 €. Limite temporale spese pre e post ricovero: 90 giorni	Massimale: €300.000 Nessuno scoperto per strutture convenzionate Scoperto per strutture non convenzionate: 20% con massimo di 5.000 €. Limite temporale spese pre e post ricovero: 100 giorni	Massimale: €500.000 Nessuno scoperto per strutture convenzionate Scoperto per strutture non convenzionate: 20% con massimo di 5.000 €. Limite temporale spese pre e post ricovero: 100 giorni		
Alta diagnostica	Massimale: €4.000 Scoperto: 20%	Massimale: €5.000 Scoperto: 20%	Massimale: €7.000 Scoperto: 20%	Massimale: €8.000 Scoperto: 20%		
Rimborso prestazioni extra-ospedaliere	Massimale: €10.000	Massimale: €10.000 Per visite specialistiche massimale €1.500 con scoperto del 20%	Massimale: €10.000 Per visite specialistiche massimale €2.000 con scoperto del 15%	Massimale: €10.000 Per visite specialistiche massimale €2.500 con scoperto del 15%		
Rimborso spese odontoiatriche	Massimale: €4.000 Scoperto: 20% per spese conseguenti a malattia con minimo di 150 €	Massimale: €4.000 Scoperto: 20% per spese conseguenti a malattia con minimo di 150 €	Massimale: €4.000 Scoperto: 20% per spese conseguenti a malattia con minimo di 150 €	Massimale: €4.000 Scoperto: 20% per spese conseguenti a malattia con minimo di 150 €		
Rimborso Ticket Servizio Sanitario Nazionale	Previsto al 100%	Previsto al 100%	Previsto al 100%	Previsto al 100%		
Lenti	Garanzia non prevista			Massimale: € 200 Franchigia: €50	Massimale: € 300 Franchigia: €50	
Prevenzione	Inclusa	Inclusa	Inclusa	Inclusa	Inclusa	

DIRIGENTI	Elite forma completa	Premium forma integrativa	Elite forma integrativa
Rimborso prestazioni ospedaliere	Massimale: €1.000.000 Nessuno scoperto per strutture convenzionate Scoperto per strutture non convenzionate: 10% Limite temporale spese pre e post ricovero: 120 giorni	Massimale: €500.000 Limite temporale spese pre e post ricovero: 90 giorni	Massimale: €1.000.000 Limite temporale spese pre e post ricovero: 120 giorni
Alta diagnostica	Massimale: €10.000 Scoperto: 20%	Massimale: €8.000	Massimale: €10.000
Rimborso prestazioni extra-ospedaliere	Massimale: €10.000 Per visite specialistiche massimale €4.000 con scoperto del 20% e minimo di €50	Massimale: €10.000 Per visite specialistiche massimale €3.000	Massimale: €10.000 Per visite specialistiche massimale €4.000
Rimborso spese odontoiatriche	Massimale: €4.000 Scoperto: 20% per spese conseguenti a malattia con minimo di 150 €	Massimale: €4.000	Massimale: €4.000
Rimborso Ticket Servizio Sanitario Nazionale	Previsto al 100%	Previsto al 100%	Previsto al 100%
Lenti	Massimale: € 500 Franchigia: 50 €	Garanzia non prevista	Massimale: € 500
Prevenzione	Inclusa	Inclusa	Inclusa



A chi è rivolto questo prodotto?

Offre coperture sanitarie integrative per i dipendenti delle PMI, e, se previsto, anche per le loro famiglie. Sottoscrivibile volontariamente o tramite accordi collettivi dalle PMI anche per il tramite di una Cassa.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: La quota parte percepita in media dagli intermediari per questo prodotto è pari al 14%. Limitatamente alla rata alla firma è stata prevista la possibilità per l'intermediario di poter di aggiungere per la laboriosità amministrativa un diritto di emissione per ciascun lavoratore/nucleo assicurato il cui importo è variabile in funzione del numero complessivo degli stessi e oscilla da un minimo di 0 a un massimo di 10€.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - fax: +39 06 80210.979 - E-mail: reclami@groupama.it La Compagnia è tenuta a rispondere entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it , info su www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	<i>Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.</i>
Mediazione	<i>Prima di rivolgersi all'Autorità giudiziaria è obbligatorio ricorrere alla mediazione, prevista dalla legge come condizione per le controversie in materia assicurativa. È possibile interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).</i>
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Groupama Assicurazioni S.p.A.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	L'Arbitrato può essere attivato, ove previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per la risoluzione di controversie circa la quantificazione del danno, da un arbitro designato dalle parti o, in mancanza di accordo, da un soggetto terzo. Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Imposta sui premi: I premi relativi ai contratti di assicurazione del comparto danni sono soggetti ad Imposta sulle Assicurazioni, secondo le disposizioni contenute nella Legge 1216/1961 e sue successive modifiche e integrazioni. I premi relativi al presente contratto sono soggetti a aliquota: pari al 2,50% per i rischi Infortuni e Malattia ; pari al 10,00% per la garanzia Assistenza. Detraibilità fiscale dei premi: I premi versati non sono fiscalmente detraibili.
---	--

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Il cliente, precedentemente affetto da patologie oncologiche, il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai
-------------------------------------	--

	relativi decreti attuativi, non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://www.groupama.it/diritto-oblio-oncologico/.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. La Compagnia ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.



Groupama
Assicurazioni

SALUTE

BENESSERE IMPRESA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Documento redatto secondo le linee guida
“Contratti Semplici e Chiari”

PREMESSA	3
GLOSSARIO	4
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	9
Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	9
Art. 2 Altre assicurazioni/coperture	9
Art. 3 Effetto dell'Assicurazione - Pagamento del premio	9
Art. 4 Variazioni dell'Assicurazione in corso d'anno - Pagamento della differenza premio	9
4.1 Inclusioni nel corso del periodo assicurativo	9
4.2 Esclusioni nel corso del periodo assicurativo	9
Art. 5 Assicurazione per conto altrui	10
Art. 6 Identificazione degli Assicurati	10
Art. 7 Modifiche dell'assicurazione	10
Art. 8 Aggravamento/diminuzione del rischio in corso di validità del contratto	10
8.1 Variazione del nucleo e delle persone Assicurate	10
8.1.1 Matrimonio, costituzione di rapporto more uxorio	10
8.1.2 Nascita	11
8.1.3 Promozione	11
Art. 9 Forma delle comunicazioni	11
Art. 10 Obblighi in caso di sinistro	11
Art. 11 Proroga e periodo di assicurazione	11
Art. 12 Oneri Fiscali	11
Art. 13 Estensione territoriale	11
Art. 14 Foro competente	11
Art. 15 Diritto di Rivalsa	12
Art. 16 Obblighi di consegna e obblighi di conservazione documentale a carico del Contraente	12
Art. 17 Rinvio alle norme di Legge	12
CHI E COSA E' ASSICURATO	13
Art. 18 Chi è assicurato	13
Art. 19 Persone non assicurabili	13
Art. 20 COSA E' ASSICURATO - Oggetto della copertura	13
COME POSSO ASSICURARMI - FORME DI COPERTURA	14
Art. 21 Assicurazione in forma completa	14
Art. 22 Assicurazione in forma integrativa (forma opzionabile limitatamente a Quadri e Dirigenti e operativa se richiamata in polizza)	14
LE GARANZIE	15
Art. 23 Prestazioni Ospedaliere	15
Art. 24 Indennità giornaliera da ricovero (se prevista nel Piano Sanitario prescelto)	19
Art. 25 Alta Diagnostica (Cure e diagnostica di Alta Specializzazione - se prevista nel Piano Sanitario prescelto)	19
Art. 26 Prestazioni extraospedaliere (Specialistiche e/o ambulatoriali)	20
Art. 27 Rimborso spese Odontoiatriche (se previsto nel Piano sanitario prescelto)	21
Art. 28 Ticket SSN Prestazioni ospedaliere, Alta diagnostica - prestazioni extraospedaliere - spese odontoiatriche (se previste nel Piano Sanitario prescelto)	21
Art. 29 Rimborso Lenti (se previsto nel Piano Sanitario prescelto)	21
Art. 30 Prevenzione (se prevista nel Piano Sanitario prescelto)	21
COSA NON E' ASSICURATO	23
Art. 31 Esclusioni	23
Art. 32 Esclusioni e limitazioni specifiche	24
LIMITI DI COPERTURA	25
Art. 33 Limitazioni anagrafiche: età e residenza	25

Art. 34	Periodi di carenza contrattuali	25
Art. 35	Massimale per nucleo	25

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZABILITA' **26**

Art. 36	PREMESSA - Società di Servizi che gestisce in nome e per conto della Società i sinistri	26
Art. 37	Obblighi del contraente e/o dell'assicurato in caso di sinistro	27
Art. 38	Criteri di erogazione di Rimborso spese mediche, Alta diagnostica, Prestazioni extraospedaliere, Rimborso spese odontoiatriche	27
Art. 39	Modalità operative nel caso ci si avvalga di Network Sanitario convenzionato	28
Art. 40	Modalità operative nel caso non ci si avvalga del Network convenzionato	29
Art. 41	Criteri di liquidazione delle garanzie	30
Art. 42	Prestazioni eseguite da strutture e medici convenzionati	31
Art. 43	Controversie: arbitrato irrituale	31
Art. 44	Pagamento dell'indennizzo	31
Art. 45	Restituzione delle somme indebitamente pagate	32
Art. 46	Prescrizione	32

ALLEGATO 1 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI **33**

ALLEGATO 2 - PIANI SANITARI **37**

Premessa

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine che seguono costituiscono parte integrante della Polizza (Mod. 220447) sottoscritta dal Contraente.

Resta inteso che:

- **si intendono richiamate, a tutti gli effetti, le dichiarazioni del Contraente riportate in Polizza (Mod. 220447);**
- **l'assicurazione è prestata per le categorie di lavoratori riportate in Polizza (Mod. 220447)**
- **per ciascuna categoria di lavoratori assicurati il Piano Sanitario prescelto è indicato in polizza (Mod. 220447);**
- **l'assicurazione è prestata per le garanzie con relative somme/massimali sinteticamente riportati in polizza (Mod. 220447) rappresentative del Piano Sanitario Prescelto e meglio dettagliate (quanto a sottolimiti, franchigie, scoperti e limiti di durata) nella corrispondente tabella dell'Allegato 2 delle presenti Condizioni di Assicurazione;**
- **in caso di assicurazione di meno di 6 nuclei sono, ai fini contrattuali, altresì valide le dichiarazioni rese dagli assicurati nel questionario sanitario (Mod. 220450).**

Le Definizioni riportate nelle Condizioni di Assicurazione (Mod. 250249) hanno valore convenzionale e quindi integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale.

Avvertenza.

Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state evidenziate con stampa su sfondo verde nelle Condizioni di Assicurazioni (Mod. 250249).

GLOSSARIO

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si incontrano spesso le parole e i termini elencati, ai quali la Società, il Contraente e gli Assicurati attribuiscono il significato di seguito espresso, che assume pieno valore ai fini dell'interpretazione delle medesime.

AMBULATORIO

La struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato in base alla normativa vigente ad erogare prestazioni sanitarie non in regime di ricovero/Day Hospital/Day Surgery, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

ASSICURATO/ASSISTITO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione (lavoratori dell'Impresa associata: personale dipendente dell'Associato, Soci di società di persone/amministratori di società di capitali e, ove previsto, componenti dei relativi Nuclei Familiari).

ASSICURAZIONE

Il contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento da parte del Contraente del premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, del danno a lui causato da un sinistro.

ASSOCIATO

L'Impresa che nell'interesse dei propri dipendenti/lavoratori aderisce alla Cassa/Mutua/Fondo sanitario.

CARENZA

Il periodo di tempo, immediatamente successivo alla decorrenza della Polizza, durante il quale le garanzie non sono operanti. Se il sinistro avviene in tale periodo o il ricovero inizia durante il periodo di carenza e prosegue oltre lo stesso l'Assicurato non ha diritto all'Indennizzo.

CARTELLA CLINICA

Il documento 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 FISIOTERAPICO

Struttura o Centro medico autorizzato ad erogare prestazioni riabilitative e rieducative a cura di professionisti sanitari specializzati.

CENTRO MEDICO

Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata a trattamenti di natura estetica, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche.

CENTRO ODONTOIATRICO

Struttura o Centro medico autorizzato ad erogare prestazioni sanitarie odontoiatriche a cura di professionisti sanitari specializzati.

CHIRURGIA BARIATRICA

E' 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

La Cassa di Assistenza, ovvero la Mutua o il Fondo Sanitario, che in nome e per conto di un proprio Associato sottoscrive la polizza con la Società e paga il premio.

CONVALESCENZA

Il periodo temporale successivo alla dimissione dall'Istituto di Cura necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi.

CONVIVENZA MORE UXORIO

Il rapporto affettivo che lega due persone in comunione di vita, coabitazione ma senza il vincolo del matrimonio.

DAY HOSPITAL

La degenza in istituto di cura senza pernottamento non comportante intervento chirurgico documentata da Cartella Clinica.

Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

DAY SURGERY

La degenza in istituto di cura senza pernottamento comportante intervento chirurgico documentato da Cartella Clinica.

DIFETTO FISICO

Conformazioni anomale di parti anatomiche (obiettivabili o clinicamente diagnosticate) e loro conseguenze peggiorative.

DIPENDENTI

Impiegati o operai che prestano la propria attività lavorativa alle dipendenze dell'Associato Impresa.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA E DI SPESA

La fotocopia della cartella clinica completa (in caso di Ricovero, Day Hospital e Day Surgery), la relazione medica dell'Intervento Chirurgico (in caso di Intervento Ambulatoriale), le prescrizioni ed i referti medici o ogni altra documentazione medica richiesta dalla Società, nonché la documentazione di spesa (originali o fotocopie delle fatture e delle notule, valide ai fini fiscali e quietanzate), integrata dalla descrizione dettagliata delle prestazioni sanitarie effettuate.

EVENTO

- Prestazioni Ospedaliere: il singolo ricovero, Day Hospital, Day Surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il Ricovero, Day Hospital, Day Surgery o l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale.
- Prestazioni Extraospedaliere: l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, prescritti ed inviati contemporaneamente relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.
- Alta diagnostica: l'insieme degli accertamenti, tra quelli contrattualmente previsti in elenco, prescritti ed effettuati per la stessa patologia e inviati contemporaneamente.
- Prestazioni odontoiatriche: la data della prestazione erogata.

FRANCHIGIA

L'importo prestabilito in cifra fissa che viene dedotto dall'indennizzo e che rimane a carico dell'Assicurato.

Se in polizza sono previsti limiti di indennizzo, si procederà alla liquidazione del danno applicando la franchigia dopo aver tenuto conto dei predetti limiti di indennizzo. Se la franchigia è espressa in giorni è numero di giorni deducibile dal computo dell'indennizzo dovuto dalla Società.

GESSATURA

L'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali similari.

Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, prescritta da specialista ortopedico, sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografia o artroscopia. È equiparata a gessatura anche

l'immobilizzazione dovuta a frattura del bacino, fratture scomposte delle coste o a frattura composta di almeno due archi costali.

Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia assicurativa:

- a) le fasce elastiche in genere (ad eccezione degli anelli ad otto o di Gill Christ);
- b) i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "molli";
- c) i busti ortopedici elastici;
- d) i collari di Schanz, Colombari o Philadelphia;
- e) altri mezzi di semplice sostegno, contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lettere a), b), c) e d).

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO

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

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico perseguito attraverso la cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Agli effetti assicurativi si intendono equiparati ad intervento chirurgico anche: riduzione incruenta di fratture e lussazioni, diatermocoagulazione, crioterapia, litotrixxia, biopsia, endoscopia con biopsia, sutura.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

L'intervento di piccola chirurgia, effettuato, non in regime di ricovero, da medico chirurgo presso Istituto di Cura, Centro Medico o studio medico chirurgico.

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/ Day Surgery 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

Istituto Universitario, Ospedale, Casa di Cura, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri di benessere.

LAVORATORI

Dipendenti, Quadri e Dirigenti che, per effetto di un contratto di lavoro, operano alle dipendenze e sotto la direzione dell'Associato Impresa aderente. Per estensione possono essere ricompresi nel novero i soci e gli amministratori. Non è tuttavia possibile limitare la copertura solo a soci e amministratori.

MALATTIA

Ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MALATTIA MENTALE

Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 10° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-10 dell'OMS).

MALFORMAZIONE

Anomalia somatica grossolana nota o non nota all'assicurato.

MASSIMALE

La somma che rappresenta il limite massimo dell'indennizzo contrattualmente previsto in caso di sinistro e di anno. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per nucleo familiare e per anno di copertura.

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.

MY ASSISTANCE

La Società di Servizi che gestisce il servizio di assistenza agli Assicurati e provvede, per conto di Groupama Assicurazioni S.p.A., al pagamento diretto delle strutture sanitarie e del personale sanitario convenzionati (assistenza diretta), ma anche al rimborso agli Assicurati (assistenza indiretta). Provvede, inoltre, a gestire le convenzioni ed i rapporti con le strutture sanitarie e con il personale sanitario convenzionati.

NETWORK SANITARIO CONVENZIONATO

Istituti di cura, Centri odontoiatrici, Centri medici e Centri fisioterapici, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché Personale sanitario (medico, odontoiatra, infermiere, fisioterapista) convenzionati con la Società di servizi che gestisce il servizio di assistenza agli Assicurati e provvede al pagamento dei sinistri.

L'elenco delle strutture convenzionate è disponibile sul Sito internet Groupama.it e sull'app per la gestione dei sinistri.

NUCLEO FAMILIARE

L'insieme di Assicurato, coniuge (fiscalmente e non fiscalmente a carico) o convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, anche non conviventi. Non è consentito, in caso di estensione della copertura al nucleo, escludere i suddetti componenti del nucleo stesso.

I Figli non più fiscalmente a carico, ma conviventi, fino a 26 anni possono, invece, essere ricompresi nel nucleo con un premio aggiuntivo.

PATOLOGIA PREESISTENTE

Alterazione dello stato di salute insorta prima dell'effetto della copertura assicurativa o prima del successivo ingresso in copertura del singolo Assicurato, non diagnosticata oppure diagnosticata o che abbia reso necessarie cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio).

PIANO SANITARIO

Il documento, elaborato in forma tabellare, che forma parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione, nel quale sono indicati i dati principali relativi alle coperture prestate prescelte dall'Assicurato. Garanzie operanti relative diarie, massimali, franchigie, scoperti e limiti temporali o di indennizzo.

POLIZZA

Il documento contrattuale, sottoscritto dalle Parti, che prova l'assicurazione.

PREMIO

Il corrispettivo che il Contraente versa alla Società per l'Assicurazione, compresi gli oneri fiscali.

PROFESSIONISTA SANITARIO

Medico, Odontoiatra, Infermiere, Fisioterapista e operatori specializzati equiparabili.

QUESTIONARIO SANITARIO ANAMNESTICO

Il documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato. Il documento deve essere

compilato prima di stipulare il contratto assicurativo e sottoscritto dall'assicurato stesso o da chi ne esercita la potestà.

RETТА DI DEGENZA

Il costo del trattamento alberghiero e l'assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

RICOVERO

La degenza, comportante almeno un pernottamento, in istituto di cura.

RIMBORSO

La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro per i costi da questi sostenuti e indennizzabili.

SEPESE VOLUTTUARIE

Le spese non necessarie per un recupero alla normalità sanitaria e funzionale della persona, non rispondenti ad un bisogno primario quali ad esempio tv, accesso wi-fi.

SOCIETÀ

Groupama Assicurazioni S.p.A.

SCOPERTO

La quota parte delle spese sostenute, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

SINISTRO

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

CENTRALE OPERATIVA

La parte della struttura organizzativa, che provvede a fornire assistenza telefonica all'Assicurato per la gestione dei sinistri relativi alle garanzie di cui alla presente polizza.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura della società di servizi di gestione e liquidazione dei sinistri malattia ed assistenza, costituita da medici, tecnici e operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato per l'organizzazione delle prestazioni e alla definizione dei Sinistri.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI

Le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente 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. Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia coerente con la patologia certificata.

VISITA SPECIALISTICA

La visita effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono, altresì, escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria di routine.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione degli effetti dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193 ("Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche"), a partire dal 2 gennaio 2024, in fase di stipulazione e rinnovo di una polizza assicurativa l'Assicurato non è più tenuto a dichiarare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni, ridotto a 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età compiuti o a diverso termine per alcune patologie espressamente individuate dalla normativa. Qualora informazioni relative ai casi previsti dalla legge venissero erroneamente riportate dall'Assicurato durante la fase assuntiva o qualora siano comunque nella disponibilità dell'operatore o dell'intermediario, le stesse non potranno essere utilizzate dalla Compagnia per la determinazione delle condizioni contrattuali.

ART. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI/COPERTURE

Il Contraente/Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari.

ART. 3 - EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

La copertura è operante dalla suddetta data per tutti gli assicurati e relativi nuclei familiari trasmessi dalla Contraente all'adesione o entro 15 giorni dall'adesione (cfr. **Art. 6 - Identificazione degli Assicurati**).

Il contratto ha durata annuale, ovvero scade alle ore 24 dello stesso giorno della data di decorrenza dell'anno successivo, così come indicato in polizza, e si rinnova tacitamente di anno in anno.

Resta in ogni caso fermo il periodo di carenza e la diversa decorrenza della garanzia così come eventualmente indicato negli articoli delle Condizioni di Assicurazione.

Il premio deve essere pagato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società ed è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti, a parziale deroga dell'articolo 1910 del C.C.

Trascorso il termine di 30 (trenta) giorni di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione della copertura, fermo il diritto ai premi scaduti nonché di richiederne l'esecuzione.

Decorsi 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento della rata arretrata e la Società abbia agito il contratto è risoluto di diritto.

ART. 4 - VARIAZIONI DELL'ASSICURAZIONE IN CORSO D'ANNO - PAGAMENTO DELLA DIFFERENZA PREMIO**4.1 Inclusioni nel corso del periodo assicurativo**

Per Assicurati inclusi in copertura per matrimoni, costituzione di rapporto more uxorio, di nascita, nuova assunzione, promozione nel corso del periodo assicurativo, si applicherà un rateo di premio calcolato in 360esimi determinato riducendo il relativo premio annuo in proporzione alla durata della copertura. Le operazioni di inclusione verranno perfezionate attraverso l'emissione di apposita Appendice da parte della Società e contestuale pagamento del premio da parte della Contraente (o entro 31 giorni). La garanzia assicurativa comincerà ad essere operativa alle ore 24.00 del giorno di inclusione in polizza del singolo Assicurato e, ove previsto, del relativo nucleo, fatti salvi eventuali

periodi di carenza ove operanti.

Dall'annualità successiva all'inclusione in poi, il premio dovrà essere pagato interamente e sarà integrato nel premio di rinnovo annuale della polizza.

Non è ammessa l'inclusione in corso d'anno per i familiari fiscalmente non a carico.

4.2. Esclusioni nel corso del periodo assicurativo

Nel caso di uscite di Assicurati nel corso del periodo assicurativo, essendo il premio dovuto per l'intero, non sarà rimborsato il rateo di premio, relativo al periodo per il quale il rischio non viene coperto. Le operazioni di esclusione verranno perfezionate attraverso l'emissione di apposita Appendice da parte della Società. La garanzia assicurativa cesserà di essere operativa alle ore 24.00 del giorno di esclusione dalla polizza del singolo Assicurato.

Sarà facoltà dell'Associato Impresa far cessare la copertura sanitaria per l'ex dipendente ed eventuale suo nucleo assicurato a decorrere dalla data di interruzione del rapporto di lavoro o lasciarla in vigore fino alla sua naturale scadenza. L'Associato Impresa dovrà comunicare alla Società la data dalla quale la copertura non dovrà più essere attiva, sì che la stessa ne prenda atto.

ART. 5 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui, pertanto gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'Art.1891 del Codice Civile.

ART. 6 - IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

La Contraente fornisce alla Società, entro e non oltre il quindicesimo giorno successivo alla data di decorrenza delle coperture, attraverso un supporto informatico concordato, l'elenco nominativo degli Assicurati e dei familiari dei relativi nuclei.

ART. 7 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto e sottoscritte dalle Parti. Le modifiche sono operative dal momento in cui si perfeziona l'accordo tra la Società e la Contraente in merito al loro contenuto.

ART. 8 - AGGRAVAMENTO/DIMINUZIONE DEL RISCHIO IN CORSO DI VALIDITÀ DEL CONTRATTO

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare tempestiva comunicazione scritta alla Società delle variazioni di rischio intervenute.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Il Contraente e/o l'Assicurato non sono tenuti a comunicare variazioni dello stato di salute intervenute in corso di contratto eccezion fatta per quelle che rendono la persona non più assicurabile come da Art. 19 Persone non assicurabili.

8.1 Variazione del nucleo e delle persone Assicurate

Le inclusioni di Assicurati che si verifichino nel corso dell'annualità assicurativa per matrimonio, costituzione di rapporto more uxorio o nascita, nuova assunzione, promozione, dovranno essere comunicate alla Società tempestivamente e la copertura decorrerà dalla data dell'evento stesso, la Società ne prederà atto mediante Appendice.

Nel caso di comunicazione effettuata oltre il 31° giorno dalla data dell'evento, la decorrenza avrà effetto dalle ore 24 del giorno di comunicazione.

8.1.1 Matrimonio, costituzione di rapporto more uxorio

Qualora la copertura preveda la possibilità di assicurare anche il nucleo familiare, l'Assicurato che contragga matrimonio o instauri una convivenza more uxorio ha la possibilità di far estendere la copertura al coniuge/convivente. Il nominativo è comunicato alla Società e il coniuge/convivente sarà assicurato per i capitali e rischi previsti per il lavoratore già Assicurato, dietro corresponsione della differenza di premio.

8.1.2 Nascita

Qualora la copertura preveda l'assicurazione dell'intero nucleo familiare, i figli nati nel corso della copertura, **il cui nominativo è comunicato alla Società**, si intendono assicurati per i capitali e i rischi previsti per il nucleo di appartenenza.

Qualora la copertura non preveda l'assicurazione dell'intero nucleo familiare, i figli nati nel corso della copertura non sono assicurati.

I figli nati da Assicurato single nel corso della copertura, **il cui nominativo è comunicato alla Società**, si intendono assicurati per i capitali e rischi previsti per il medesimo Assicurato, dietro corresponsione della differenza di premio.

8.1.3 Promozione

In caso di promozione di un dipendente da una categoria ad un'altra in corso d'anno, contraddistinte da Piani Sanitari differenti e quindi con differente premio, ma sempre assicurati con la presente polizza, si procede come segue:

- a) l'integrazione di premio dovuta a fronte dei diversi piani sanitari è funzione del mese in cui la variazione ha avuto luogo ed è calcolata secondo quanto previsto al precedente Art. 4 decurtata della frazione di premio pagato e non goduto per la precedente opzione di Piano sanitario detenuta;
- b) i limiti ed i massimali applicabili al periodo successivo all'inserimento nel nuovo piano sanitario sono determinati calcolando la differenza tra quelli previsti per la nuova copertura e quanto già consumato da ciascun Assicurato nella copertura precedente.

ART. 9 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Il Contraente e la Società prestano reciprocamente preventiva ed espressa accettazione di adempiere agli obblighi relativi alla trasmissione di comunicazioni in corso di contratto anche utilizzando tecniche di comunicazione a distanza.

ART. 10 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, non appena ne abbia la conoscenza e la possibilità, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto alla società di gestione Sinistri o alla società come indicato in "Cosa fare in caso di sinistro".

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

ART. 11 - PROROGA E PERIODO DI ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

La disdetta del contratto comporta l'automatica e contestuale cessazione delle garanzie per tutti gli assicurati.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

ART. 12 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione, secondo le norme di legge, sono a carico del Contraente.

ART. 13 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

ART. 14 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, la competenza territoriale inderogabile è del giudice del luogo di residenza o di domicilio del consumatore, come definito nell'Art. 3 del D. Lgs. 06/09/2005, n. 206.

Se la controversia non concerne il consumatore il Foro competente, a scelta della parte attrice, è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero del luogo ove ha sede la Direzione della Società, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

ART. 15 - DIRITTO DI RIVALSA

La Società si riserva il diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'Art. 1916 C.C.

ART. 16 - OBBLIGHI DI CONSEGNA E OBBLIGHI DI CONSERVAZIONE DOCUMENTALE A CARICO DEL CONTRAENTE

Prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il Contraente ha l'obbligo di consegnare all'Assicurato, e per lui ai suoi aventi causa, i seguenti documenti:

- a) Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario Mod. 250249;
- b) Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati personali);
- c) Istruzioni per accedere all'app per la denuncia sinistri.

Il Contraente ha l'obbligo di:

- a) raccogliere e trasmettere il Questionario sanitario con consenso al trattamento dei dati particolari dell'Assicurato e di ciascun appartenente al nucleo, ove prevista estensione a costoro delle garanzie, sempre che ricorrano i presupposti di cui all'Art. 34 Periodo di carenza contrattuale;
- b) raccogliere e conservare il certificato di adesione, anche con i nominativi degli appartenenti al nucleo, ove prevista estensione a costoro delle garanzie; tale certificato, conterrà eventuali esplicite esclusioni e limitazioni della copertura sempre che ricorrano i presupposti dell'Art. 32 Esclusioni e limitazioni specifiche, consenso al trattamento di dati particolari e dovrà essere sottoscritto dall'Assicurato, eventualmente in nome e per conto anche dei suoi aventi causa;
- c) consegnare tempestivamente alla Società i certificati di adesione e consensi privacy qualora questa ne faccia richiesta.

ART. 17 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato dal contratto valgono le norme di Legge.

CHI E COSA È ASSICURATO

ART. 18 - CHI È ASSICURATO

E'assicurabile il capitale umano (categorie o sottocategorie omogenee di lavoratori, di diverso ordine e grado) di piccole e medie Imprese che volontariamente o in forza di contratto collettivo o accordo negoziale intendono accrescere il benessere dei lavoratori attraverso opportune garanzie sanitarie, integrative o duplicative delle prestazioni del SSN. Se i suddetti accordi lo prevedono sono assicurabili, a scelta dell'Impresa, da operarsi prima dell'emissione della polizza, anche i componenti del nucleo familiare del lavoratore.

Non è possibile prestare la copertura a favore di singoli componenti del nucleo familiare.

In caso di coniugi che dipendono entrambi dalla medesima Impresa, i coniugi sono liberi di decidere se aderire singolarmente in qualità di Assicurato titolare. Il nucleo familiare potrà essere iscritto solo da uno dei coniugi, con esclusione dell'altro coniuge qualora abbia scelto di aderire come Assicurato titolare.

Gli Assicurati sono nominativamente indicati in Polizza (mod. 220447) con le garanzie rese operanti in base al Piano Sanitario prescelto dalla Contraente per la categoria di appartenenza del lavoratore. A ciascuna categoria omogenea di lavoratori è associato un solo piano.

ART. 19 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone non stabilmente residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V., A.I.D.S. o sindromi correlate.

Se la Società fosse stata a conoscenza dell'esistenza di tali condizioni alla stipula dell'assicurazione non vi avrebbe acconsentito; al manifestarsi di tali condizioni in corso di contratto, l'assicurazione stessa cessa per l'Assicurato interessato, - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dello stesso - a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile, senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, ed entro 60 giorni dall'effetto della stessa, la Società restituirà al Contraente la parte di premio netto già pagata e relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 20 - COSA È ASSICURATO - OGGETTO DELLA COPERTURA

L'assicurazione è operante per ciascuna categoria di lavoratori assicurati per le garanzie previste Piano sanitario scelto dal Contraente per la categoria stessa ed indicate in polizza mod. 220447.

L'assicurazione è operante, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti dettagliati nella relativa tabella di riepilogo del Piano sanitario, a seguito di malattia, compreso il parto e l'aborto terapeutico, e/o infortunio avvenuto in corso di contratto, per: prestazioni ospedaliere (il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato o la corresponsione di una indennità giornaliera a seguito di ricovero o Day Hospital/Day Surgery); esami di alta specializzazione; prestazioni extraospedaliere; spese odontoiatriche; lenti; prevenzione.

I Piani sanitari sono contraddistinti da denominazioni che esprimono un diverso livello di copertura. La Contraente può scegliere tra:

- **6 Piani sanitari in forma completa per la categoria Dipendenti**
- **8 Piani sanitari per la categoria Quadri: 4 in forma completa e 4 in forma integrativa;**
- **3 Piani sanitari per la categoria Dirigenti: 1 in forma completa; 2 in forma integrativa.**

I massimali si intendono prestati per nucleo familiare e per anno assicurativo, qualora non diversamente indicato.

COME POSSO ASSICURARMI - FORME DI COPERTURA**ART. 21 - ASSICURAZIONE IN FORMA COMPLETA**

L'assicurazione non presuppone preventiva richiesta di rimborso ad altri enti/assicuratori per le spese delle prestazioni sanitarie, oggetto del contratto, erogate dagli Istituti di cura e centri medici.

La copertura opera per le garanzie previste dal Piano sanitario prescelto come di seguito descritto:

1. con applicazione di scoperti/franchigie e limiti per le prestazioni fruitive presso network sanitario non convenzionato;
2. con applicazione di scoperti/franchigie (per le sole garanzie per cui resta previsto ove operanti) e limiti per le prestazioni fruitive presso network sanitario convenzionato;
3. rimborso del Ticket eventualmente pagato e della diaria da ricovero in caso di utilizzo del SSN.

ART. 22 - ASSICURAZIONE IN FORMA INTEGRATIVA

(forma opzionabile limitatamente a Quadri e Dirigenti e operativa se richiamata in polizza)

L'assicurazione è prestata ad integrazione delle coperture previste da FASI, FASDAC, QUAS, o da fondi equivalenti (di seguito Fondo), pertanto l'Assicurato ha l'obbligo di richiedere preventivamente al Fondo il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni sanitarie, oggetto del contratto, erogate dagli Istituti di cura e centri medici.

La copertura opera per le garanzie previste dal Piano sanitario prescelto come di seguito descritto:

1. con integrazione e in via sussidiaria, senza l'applicazione di scoperti/franchigie, entro il limite massimo indicato nel Piano Sanitario prescelto, per tutti gli Assicurati e le prestazioni coperti dal Fondo in base al proprio regolamento.
Sono ammesse a rimborso soltanto le prestazioni per le quali è stata preventivamente inoltrata richiesta di rimborso al Fondo.
2. con applicazione di scoperti/franchigie, entro il limite massimo indicato nel Piano Sanitario prescelto, per gli Assicurati e/o per le prestazioni non coperti dal Fondo;
3. ad integrazione di quanto sarebbe dovuto rimanere a carico del Fondo, come da precedente punto 1, nel caso il Fondo ritenesse di non erogare il rimborso di spese garantite dal regolamento perchè presentate tardivamente rispetto ai termini in esso previsti.

L'Assicurato si obbliga a consegnare l'originale o le copie delle parcelle o fatture presentate da uno dei suddetti Fondi che preciserà la somma o le somme erogate.

LE GARANZIE

Le garanzie sono operanti se contenute nella tabella riassuntiva del Piano sanitario prescelto ed indicato in polizza mod. 220447 per la categoria di lavoratori assicurati.

ART. 23 - PRESTAZIONI OSPEDALIERE

La Società assicura, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate indicati in polizza a seguito di malattia, compreso il parto e l'aborto terapeutico, e/o infortunio avvenuto in corso di contratto, il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per le prestazioni di seguito indicate nei diversi casi:

A. Rimborso Prestazioni ospedaliere connesse a ricovero/Day Hospital/Day Surgery presso Istituti di cura e interventi ambulatoriali

1. Ricovero con/senza intervento reso necessario da malattia o infortunio (se previsto nel Piano Sanitario prescelto):

- a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, relativi al periodo di ricovero che comporti l'intervento chirurgico;
- b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi solo in regime di ricovero con intervento chirurgico, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo del ricovero;
- c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati presso il Network Sanitario convenzionato attivando il pagamento diretto, fino all'importo indicato nel Piano Sanitario prescelto per tutti gli altri ricoveri effettuati in regime di Assistenza sanitaria indiretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi solo a seguito di ricovero con intervento chirurgico, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
- f. assistenza infermieristica privata individuale, nel limite di euro 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per evento in caso di ricovero senza intervento chirurgico, ovvero senza alcun limite in caso di ricovero con intervento chirurgico.

Nel caso di trapianto sono escluse le spese sostenute a fronte di espianto da donatore.

2. Day Surgery reso necessario da malattia o infortunio (se previsto nel Piano Sanitario prescelto):

- a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;
- b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di Day Surgery;
- c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i Day Surgery effettuati presso il Network Sanitario convenzionato attivando il pagamento diretto, fino all'importo indicato nel Piano Sanitario prescelto per tutti gli altri Day Surgery effettuati in regime di Assistenza sanitaria indiretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il Day Surgery;
- e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al termine del Day Surgery e resi necessari dall'evento che ha determinato il Day Surgery medesimo;
- f. assistenza infermieristica privata individuale.

3. Day Hospital reso necessario da malattia o infortunio (se previsto nel Piano Sanitario prescelto):

- a. l'assistenza medica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo del Day Hospital;
- b. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per Day Hospital effettuati presso il Network Sanitario convenzionato attivando il pagamento diretto, fino all'importo indicato nel Piano Sanitario prescelto per tutti gli altri Day Hospital effettuati in regime di Assistenza sanitaria indiretta. Non

sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

- c. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il Day Hospital;
- d. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati nei giorni successivi al termine del Day Hospital e resi necessari dall'evento che ha determinato il Day Hospital medesimo.

4. Intervento chirurgico ambulatoriale reso necessario da malattia o infortunio (se previsto nel Piano Sanitario prescelto):

- a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;
- b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto concomitante con l'intervento;
- c. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti l'intervento;
- d. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali, effettuati nei giorni successivi all'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento medesimo.

5. Parto cesareo e aborto terapeutico (se previsto nel Piano Sanitario prescelto):

- a. onorari equipe, i diritti di sala di parto, il materiale di intervento;
- b. l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per ricovero effettuati in totale regime di convenzione diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica), fino all'importo indicato nel Piano Sanitario prescelto per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie.
- d. retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'ospedale);
- e. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- f. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Le spese di cui ai punti da 5a fino a 5f vengono rimborsate secondo il sotto-massimale. Non viene applicato nessuno scoperto.

Le spese per eventuali interventi concomitanti con la medesima via di accesso (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: appendicectomia, cisti ovarica, laparocoele, ernia ombelicale ecc.) sono rimborsabili nel limite del sotto-massimale specifico per il Parto Cesareo.

6. Parto fisiologico (se previsto nel Piano Sanitario prescelto):

- a. onorari equipe, i diritti di sala di parto;
- b. l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per ricoveri effettuati presso il Network Sanitario convenzionato attivando il pagamento diretto, fino all'importo indicato nel Piano Sanitario prescelto per tutti gli altri ricoveri effettuati in regime di Assistenza sanitaria indiretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- d. retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'ospedale);
- e. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- f. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuate nei giorni successivi al termine del ricovero e rese necessari dal parto.

Le spese di cui ai punti da 6a fino a 6f vengono rimborsate secondo il sotto-massimale. Non viene applicato nessuno scoperto.

7. Intervento chirurgico odontoiatrico: osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o della mascella, cisti follicolari o radicolari, adamantinoma e odontoma (se previsto nel Piano Sanitario prescelto):

- onorari medico specialista, implantologia dentale, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto relativo all'intervento;
- accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 30 giorni precedenti il ricovero;
- accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche effettuate nei 30 giorni successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

Le spese di cui ai punti da 7a fino a 7c vengono rimborsate nel limite massimo di euro 5.000.

Per gli interventi effettuati non in totale regime di convenzione diretta viene applicato uno scoperto del 20% con un minimo di euro 750 per intervento.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in ortopantomografia (o TAC o radiografie) con i relativi referti.

8. Correzione difetti visivi (se previsto nel Piano Sanitario prescelto):

In caso di:

- Anisometropia superiore a 4 diottrie; o

- difetto di capacità visiva per occhio pari o superiore a 5 diottrie.

- intervento di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser ad eccimeri, onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per interventi effettuati in totale regime di convenzione diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria sia l'equipe medica), fino all'importo indicato nel Piano Sanitario prescelto per interventi effettuati non in totale regime di convenzione diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti l'intervento;
- accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche effettuate nei giorni successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

Le spese di cui ai punti da 8a fino a 8e vengono rimborsate secondo il sotto-massimale. Non viene applicato nessun scoperto.

9. Interventi plafonati solo se effettuati in regime Fuori Network/Indiretta, (se rientrante l'intervento nel Piano Sanitario prescelto):

Legatura e stripping di vene	€ 3.500
Rinosettoplastica	€ 3.500
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad. es. chiodi, placche, viti)	€ 3.000
Tonsillectomia/adenotonsillectomia	€ 3.000
Ernie o/o laparoceli della parete addominale	€ 4.000
Intervento per emorroidectomia e/o per asportazione di ragadi e/o di fistole	€ 5.500
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso-falangeo	€ 4.000
Interventi a carico del ginocchio (diversi da legamenti e protesi)	€ 5.000
Isteroscopia operativa	€ 5.000
Cistectomia (esclusa cistectomia totale)	€ 5.000
Miomectomia	€ 7.500
Ricostruzione dei legamenti	€ 8.500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	€ 7.500
Asportazione di cisti ovariche	€ 10.000
Tiroidectomia	€ 10.000
Interventi per riduzione e sintesi fratture (anche con chiodi, placche, viti)	€ 8.000
Colecistectomia	€ 8.500
Ernia del disco	€ 12.000
Artrodesi vertebrale	€ 13.000

Interventi sulla prostata:	Adenoma prostatico	€ 12.000
	Adenocarcinoma prostatico	€ 18.000
Isterectomia		€ 18.000
Artroprotesi anca e ginocchio		€ 25.000

In caso di intervento chirurgico "plafonato" effettuato fuori Network/Indiretta il rimborso sarà riconosciuto previa applicazione dello scoperto eventualmente previsto dal Piano Sanitario prescelto, fino al limite massimo indicato nell'elenco su esposto.

Tutti gli interventi chirurgici con sotto-massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca specialistica. In particolare:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria e effettuabili attraverso la medesima via d'accesso sono compresi nel sub-limite o plafond dell'intervento principale presente in polizza, 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 indicati nell'elenco su esposto che risultano inseriti anche nell'elenco dei "Grandi Interventi Chirurgici" - di cui all'Allegato 1 - vengono rimborsati nel limite massimo dell'importo plafonato di cui all'elenco.

Il limite di rimborso per ogni singolo intervento plafonato è riferito alle sole spese connesse al periodo di ricovero con intervento chirurgico (Istituto di Cura ed equipe medica); le spese relative alle prestazioni PRE e POST ricovero saranno rimborsate come da Piano Sanitario prescelto al netto di eventuali franchigie.

B. Indennità sostitutiva (se prevista nel Piano Sanitario prescelto)

Con riferimento al solo ricovero, qualora le prestazioni disciplinate nella precedente lett. A punti 1, 2, 3 e punto 5 - Parto cesareo e aborto terapeutico, nonché punto 6 - Parto fisiologico, siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero (si intende come tale ogni giorno che comprende anche il pernottamento) e per Day Hospital/Day Surgery. Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva e il rimborso delle spese rimaste a suo carico.

Inoltre, vengono rimborsate, senza applicazione di scoperto/franchigie, le spese relative a:

- accertamenti diagnostici, visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero);
- accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere), trattamenti fisioterapici e rieducativi (questi ultimi solo in caso di Ricovero con intervento o Day Surgery) effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

C. Accompagnatore (se previsto nel Piano Sanitario prescelto)

Con riferimento alle prestazioni di cui alla lettera A, punti 1, 2 e 3 e Parto cesareo e aborto terapeutico nonché per il Parto fisiologico, vengono altresì rimborsate le spese relative a vitto e pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera, ove non sussista la disponibilità in istituto di cura, con il limite giornaliero e con il massimo di giorni indicati nel Piano Sanitario prescelto.

D. Trasporto Sanitario (se previsto nel Piano Sanitario prescelto)

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nel Piano Sanitario prescelto le spese del trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzo di trasporto sanitario se in Italia, con qualunque mezzo di trasporto sanitario qualora l'Assicurato si trovi all'estero.

La presente prestazione è prevista nei casi disciplinati alle precedenti lettere A (esclusi i punti 4, 7 e 8) e B.

E. Rimpatrio salma (se previsto nel Piano Sanitario prescelto)

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nel Piano Sanitario prescelto, le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato infermo a seguito di ricovero (anche in regime di Day Hospital/Day Surgery) in istituto di cura all'estero per

malattia o infortunio indennizzabile a termini di polizza, con o senza intervento chirurgico. Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

F. Grandi interventi chirurgici - GIC (se previsti nel Piano Sanitario prescelto)

Qualora il Piano Sanitario prescelto dall'Azienda Associata preveda solo i Ricoveri per "Grandi Interventi Chirurgici", la Società riconosce le prestazioni che l'Assicurato dovesse effettuare in caso di:

- ricovero per GIC, reso necessario da Malattia o Infortunio;
 - spese effettuate prima e dopo il Ricovero per GIC, purché le stesse siano rese necessarie dal GIC stesso.
- In caso di GIC si intendono operanti le prestazioni sopra descritte alle lettere da A (punti 1 e 9) a E e fino a concorrenza dei Massimali e limiti previsti in tale Piano Sanitario.

Sono operanti esclusivamente i Ricoveri per Interventi Chirurgici ricompresi nell'Allegato 1 - "ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI" di Polizza.

Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" anche i trapianti di organi.

ART. 24 - INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO (SE PREVISTA NEL PIANO SANITARIO PRESCELTO)

La Società, in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di Cura reso necessario da infortunio, malattia, parto ed aborto terapeutico, corrisponde l'indennità giornaliera, indicata in polizza, per ciascun giorno di ricovero (si intende come tale ogni giorno che comprende anche il pernottamento) entro i limiti indicati nel Piano sanitario prescelto.

Si conviene che in caso di ricovero con degenza diurna (Day Hospital o Day Surgery) l'indennità giornaliera è dimezzata.

ART. 25 - ALTA DIAGNOSTICA: CURE E DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE (SE PREVISTA NEL PIANO SANITARIO PRESCELTO)

La Società rimborsa, entro il limite massimo indicato nel Piano Sanitario prescelto e indicato in polizza, le prestazioni di "alta specializzazione" di cui al seguente elenco:

Diagnostica di Alta Specializzazione

- Amniocentesi (oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto)
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

Terapie

- Dialisi
- Laserterapia

Endoscopie non comportanti biopsia

- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastrosopia
- Rettoscopia

Le prestazioni sono rimborsate fino alla concorrenza dei massimali e con scoperti/limiti indicati nel Piano Sanitario prescelto.

Se le suddette prestazioni sono effettuate in associazione ad un ricovero/Day Hospital/Day Surgery e ad esso connesse nel limite del periodo che precede o segue il ricovero stesso sono indennizzabili nell'ambito delle prestazioni pre e post ricovero come previsto dal Piano sanitario prescelto.

ART. 26 - PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (SPECIALISTICHE E/O AMBULATORIALI)

La Società rimborsa, entro il limite massimo indicato nel Piano Sanitario prescelto, le spese per:

A. Visite specialistiche/Accertamenti/Analisi di laboratorio (se previste nel Piano Sanitario prescelto)

a) analisi ed esami diagnostici prescritti dal medico curante con esclusione di quelli di Alta Diagnostica dell'Art. 25 e degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da infortunio. In quest'ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'infortunio sia documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio.

Sono, altresì, esclusi accertamenti ed esami, finalizzati al controllo della gravidanza;

b) onorari medici per visite specialistiche prescritte dal medico curante, con esclusione di quelle di controllo pediatriche, di controllo della gravidanza, odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da infortunio. In quest'ultimo caso, i predetti onorari vengono rimborsati purché l'infortunio sia documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. ortopantomografia o rx endorale o fotografia);

c) assistenza infermieristica domiciliare. In caso di infortunio o malattia vengono rimborsate le spese sostenute dall'Assistito, entro il sub-limite indicato nel Piano Sanitario prescelto, per assistenza infermieristica professionale a domicilio prescritta dal medico curante;

d) trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da medico specialista ed effettuate presso Istituto di Cura, Centro Medico o da medico specialista regolarmente iscritto all'Albo o Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia con un massimo di 1 ciclo (10 sedute) per anno e per assicurato, fermo il sub-limite indicato nel Piano Sanitario prescelto;

e) agopuntura, purché prescritta da medico specialista e praticata da medico regolarmente iscritto all'Albo;

f) logopedia a seguito di infortunio (documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero) o di malattia, effettuata e fatturata da Istituto di Cura, Centro Medico o da medico specialista (prescritta dal medico specialista);

g) Medicinali, con esclusione dei prodotti omeopatici.

I medicinali devono essere prescritti dal medico curante o dal medico specialista e devono essere inerenti la patologia dichiarata.

L'Assicurato dovrà inviare la prescrizione medicata con indicato: nome del farmaco, della patologia per la quale è stato prescritto lo stesso, inoltre dovrà essere incluso lo scontrino fiscale parlante.

B. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio (se previsti nel Piano Sanitario prescelto)

La Società rimborsa, entro il limite massimo indicato nel Piano Sanitario prescelto, le spese sostenute per fisioterapia e trattamenti di riabilitazione, effettuati da medico specialista regolarmente iscritto all'Albo o Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, presso Istituto di Cura o Centro Medico a seguito di infortunio oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso ospedaliero o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. RX, Ecografia, TAC, RMN etc.).

C. Indennità giornaliera da gessatura (se prevista nel Piano Sanitario prescelto)

La Società riconosce, in caso di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, con o senza ricovero in Istituto di Cura, un'indennità da Gessatura per ciascun giorno ed entro i limiti indicati nel Piano sanitario prescelto.

D. Cure oncologiche effettuate in regime extraospedaliero (se previste nel Piano sanitario prescelto)

La Società rimborsa per malattie oncologiche, entro i limiti indicati nel Piano sanitario prescelto le spese effettuate in regime extraospedaliero per terapie oncologiche (chemioterapia, cobaltoterapia, Radioterapia), anche farmacologiche.

E. Assistenza infermieristica Domiciliare (se prevista nel Piano sanitario prescelto)

La Società, nel caso in cui l'assicurato dovesse necessitare di assistenza infermieristica domiciliare rimborserà i costi sostenuti con il limite giornaliero previsto nel Piano sanitario prescelto ed entro il limite massimo annuo indicato. L'Assistenza infermieristica deve essere prescritta dal medico curante.

ART. 27 - RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE (SE PREVISTO NEL PIANO SANITARIO PRESCELTO)

La Società rimborsa, nel limite massimo indicato in polizza, le spese sostenute per cure e visite odontoiatriche, escluse le cure ortodontiche, in caso di:

A. Infortunio (se previsto nel Piano Sanitario prescelto)

L'infortunio deve essere documentato da certificazione di Pronto Soccorso, o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. ortopantomografia o rx endorale o fotografia) e corredato da fattura dettagliata con i singoli costi delle prestazioni eseguite. Le cure eseguite dovranno essere congrue con le lesioni dell'infortunio medesimo oggettivamente documentato.

B. Malattia (se prevista nel Piano Sanitario prescelto)

Per gli Assicurati (inclusi i membri del nucleo familiare) che hanno aderito alla presente copertura nel corso del secondo semestre di ciascun anno di copertura, la presente garanzia è prestata nell'ambito di un massimale pari al 50% di quello annuo previsto dal Piano Sanitario prescelto.

C. Prevenzione dentaria (se prevista nel Piano Sanitario prescelto)

Un componente del nucleo familiare ha diritto ogni 365 giorni ad una ablazione dentaria (inclusa visita odontoiatrica) in forma diretta in network odontoiatrico convenzionato. I restanti membri assicurati del nucleo familiare possono beneficiare di tariffe agevolate.

ART. 28 - TICKET SSN PRESTAZIONI OSPEDALIERE, ALTA DIAGNOSTICA - PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE - SPESE ODONTOIATRICHE (SE PREVISTE NEL PIANO SANITARIO PRESCELTO)

La Società rimborsa senza applicazione di alcuno scoperto le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione ospedaliera, alta diagnostica, prestazione extraospedaliera, spese odontoiatriche sempre che contemplata nel Piano Sanitario prescelto ed entro i limiti previsti per ogni singolo tipo di prestazione.

ART. 29 - RIMBORSO LENTI (SE PREVISTO NEL PIANO SANITARIO PRESCELTO)

La Società rimborsa, entro il limite massimo indicato nel Piano Sanitario prescelto, le spese sostenute per l'acquisto di lenti ed occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive (escluse le "usa e getta" e lenti estetiche).

Il rimborso avviene in caso di prima prescrizione lenti o di successiva modifica del visus, entrambe certificate dal medico oculista o da ottico optometrista.

Per ottenere il rimborso è necessario presentare la Dichiarazione di Conformità rilasciata dall'ottico come da Decreto Legislativo 24 febbraio 1997, n. 46 e la prescrizione delle lenti con l'indicazione del deficit visivo attuale e quello precedente.

Sono escluse dalla garanzia (quando anche comprese sulla medesima fattura di spesa) le spese relative a liquidi per la pulizia e simili.

ART. 30 - PREVENZIONE (SE PREVISTA NEL PIANO SANITARIO PRESCELTO)

La Società si fa carico delle spese di Prevenzione di seguito indicate:

1. Medicina preventiva Check up

Una volta l'anno il solo Assicurato dipendente/Quadro/Dirigente di età superiore ai 30 anni può eseguire, in un'unica soluzione, presso i centri diagnostici convenzionati, il check-up predefinito, differenziato per

sexo come indicato nella tabella sottostante, e richiamato sinteticamente nel Piano Sanitario prescelto. Per effettuare il check-up l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa (ai recapiti indicati al successivo Art. 39) che, previa indicazione del numero di polizza da parte dell'Assicurato, provvederà, in accordo con quest'ultimo, alla prenotazione presso uno dei centri diagnostici convenzionati, in base alle disponibilità degli stessi.

Gli esiti del check-up saranno comunicati esclusivamente all'Assicurato.

CHECK-UP UOMO	CHECK-UP DONNA
ESAMI DI LABORATORIO	
Emocromo completo, azotemia (urea), glicemia, emoglobina glicosilata, creatininemia, ves, protidemia, protidogramma, fosfatasi alcalina, colesterolo totale – HDL – LDL, trigliceridi, transaminasi (GOT – GPT), gamma G.T., bilirubina totale e frazionata, sideremia, tempo di protrombina, tempo di protrombina parziale, omocisteina, uricemia, vitamina D, proteina C reattiva, FT3, FT4, TSH, PSA, PSA FREE, esame delle urine completo, sangue occulto nelle feci.	Emocromo completo, azotemia (urea), glicemia, emoglobina glicosilata, creatininemia, ves, protidemia, protidogramma, fosfatasi alcalina, colesterolo totale – HDL – LDL, trigliceridi, transaminasi (GOT – GPT), gamma G.T., bilirubina totale e frazionata, sideremia, tempo di protrombina, tempo di protrombina parziale, omocisteina, uricemia, vitamina D, proteina C reattiva, FT3, FT4, TSH, esame delle urine completo, sangue occulto nelle feci.
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	
Elettrocardiogramma ECG	Elettrocardiogramma ECG
Ecografia pelvica	Mammografia bilaterale o ecografica pelvica
VISITE SPECIALISTICHE	
Visita urologica	Visita senologica o ginecologica

2. Pacchetto maternità

La Società, nel limite indicato nel piano sanitario prescelto, si fa carico delle prestazioni a tutela della maternità quali:

- **Ecografie e analisi di laboratorio,**
- **Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale** libero circolante, isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (e.g. Harmony test, Prenatal Safe, etc.). Tali test consentono nella maggior parte dei casi di evitare, anche nelle fasce di età a rischio, il ricorso all'amniocentesi ed alla villocentesi riducendo i rischi per il feto connessi alla diagnosi prenatale.
- **Supporto psicologico postparto**

3. Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di assicurati)

La Società prevede, in caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, e sempre che la polizza sia in corso, l'erogazione di un'indennità pari a **euro 1.000,00** per anno/neonato per un periodo massimo di 3 anni.

4. Prevenzione Herpes Zoster

La Società offre agli assicurati di età superiore ai 55 anni la possibilità di immunizzarsi rispetto all'insorgenza dell'Herpes Zoster e delle sue complicanze rimborsando le spese da questi sostenute a tale scopo nel limite massimo di euro 2.000.

COSA NON È ASSICURATO

ART. 31 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

1. le conseguenze dirette o indirette di infortuni, malattie e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente all'inserimento nel contratto, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato alla data stessa di inclusione nel contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave, quanto se dichiarati nel Questionario Sanitario nei casi in cui per l'assunzione del rischio è richiesta la compilazione del medesimo. L'estensione di tali esclusioni sarà anche riportata con specifica clausola nella Polizza Mod. 220447. Nei casi in cui per l'assunzione del rischio non è richiesta la compilazione del Questionario Sanitario (oltre 5 assicurati/nuclei) le esclusioni di cui al paragrafo precedente non trovano applicazione, le preesistenze sono incluse;
2. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
3. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo a meno che non rientrino nella garanzia "Prevenzione" (Art. 30), i vaccini, le prestazioni di medicina generale pediatrica di routine;
4. le spese relative a prestazioni di agopuntura, logopedia, trattamenti fisioterapici (salvo se previste dal Piano Sanitario prescelto);
5. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi a meno che non rientrino nella garanzia "Prevenzione" (Art. 30);
6. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale routine;
7. le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
8. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di medicina alternativa o non convenzionale e sperimentale;
9. le prestazioni determinate da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate, nonché da malattie sessualmente trasmesse;
10. gli infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
11. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
12. le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
13. gli infortuni derivanti dalla pratica delle seguenti attività lavorative: guardia notturna, guardia giurata, guardia armata, portavalori, investigatore privato, guardia del corpo, palombaro, sommozzatore, pirotecnico, lavori in pozzi, gallerie, cave, miniere o su piattaforme petrolifere, reattori nucleari, in cisterne, fonderie, altiforni, teleferiche, lavori a contatto con corrente a bassa o alta tensione, materiale esplosivo, sostanze tossiche, infiammabili, radioattive o corrosive;
14. gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
15. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: sport equestri, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali comportanti contatto fisico, speleologia, alpinismo, scalate in cordata o in solitario, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, kite-surfing, canyoning, rafting, arrampicata libera, salto con elastico, immersione con autorespiratore od oltre i 20 metri, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove);
16. gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
17. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
18. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;

19. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
20. le applicazioni di carattere estetico;
21. trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati:
 - a scopo ricostruttivo, anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per neoplasia maligna;
22. i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali e i disturbi psichici in genere. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
23. l'interruzione volontaria della gravidanza;
24. le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie (se non previste dal Piano Sanitario prescelto) e le cure ortodontiche;
25. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore di 3 anni assicurati dalla nascita;
26. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
27. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) se non prevista dal Piano Sanitario prescelto;
28. i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, 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).
29. protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di ricovero e Day Hospital con intervento chirurgico;
30. trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia ed infortunio;
31. lenti ed occhiali (se non previste dal Piano Sanitario prescelto);
32. i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri).

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

ART. 32 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI SPECIFICHE

Nel caso in cui sia stata richiesta la compilazione del questionario sanitario e la consulenza medica assuntiva ritenga di dover operare esclusioni e limitazioni specifiche della copertura le stesse saranno riportate in polizza e saranno, altresì, sottoposte per accettazione mediante sottoscrizione dell'Assicurato, eventualmente in nome e per conto dei suoi aventi causa, dalla Contraente nel certificato di adesione.

LIMITI DI COPERTURA

ART. 33 - LIMITAZIONI ANAGRAFICHE: ETÀ E RESIDENZA

Età

L'assicurazione è attivabile a favore di tutti i soggetti aventi età dalla data di adesione non superiore a 70 anni.

L'età dei singoli Assicurati alla data dei successivi rinnovi annuali non può eccedere i 75 anni di età.

Residenza

L'assicurazione è attivabile esclusivamente a favore di Assicurati residenti in Italia, Stato Città del Vaticano, Repubblica di San Marino. La perdita del requisito di residenza comporta la cessazione dell'assicurazione.

ART. 34 - PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

Qualora il numero di Lavoratori assicurati/Nuclei per i quali la Contraente attiva la copertura assicurativa sia inferiore a 6 unità, le garanzie decorrono:

1. dalle ore 24:00 della data in cui ha effetto l'assicurazione per gli infortuni;
2. dopo 30 giorni dalla data in cui ha effetto l'assicurazione per le nuove malattie;
3. dopo 120 giorni dalla data in cui ha effetto l'assicurazione per le conseguenze di stati patologici non ancora manifestatisi al momento dell'adesione, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente a tale data.
4. dopo 60 giorni dalla data in cui ha effetto l'assicurazione per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
5. dopo 300 giorni dalla data in cui ha effetto l'assicurazione per il parto.

Trascorso il periodo di carenza, le eventuali malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici durante i suddetti periodi di carenza, se coperte ai termini di Polizza, rientrano in garanzia secondo le modalità previste dalla presente copertura assicurativa.

Nel caso in cui il numero di Lavoratori assicurati/Nuclei per i quali la Contraente attiva la copertura assicurativa sia pari o superiore a 6 unità le garanzie decorrono: dalle ore 24.00 del giorno in cui ha effetto l'assicurazione.

ART. 35 - MASSIMALE PER NUCLEO

Nel caso in cui l'assicurazione è estesa al nucleo familiare i massimali riportati nel Piano sanitario prescelto si intendono operanti per il nucleo nella sua totalità: assicurato, coniuge, figli fiscalmente a carico e figli non fiscalmente a carico fino ai 26 anni, ove ricompresi.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ**ART. 36 - PREMESSA - SOCIETÀ DI SERVIZI CHE GESTISCE IN NOME E PER CONTO DELLA SOCIETÀ I SINISTRI**

La Società ha affidato i servizi di gestione e liquidazione sinistri relativi al presente contratto alla società specializzata **My Assistance S.r.l.** - Via Montecuccoli 20-21 - 20146 Milano.

Il servizio di gestione e liquidazione Sinistri è attuato attraverso **tre regimi di erogazione**:

1. **ASSISTENZA SANITARIA DIRETTA:** l'Assicurato, ha la facoltà, attivando la Centrale operativa, di accedere, previa autorizzazione, alle prestazioni sanitarie erogate dal Network Sanitario Convenzionato, beneficiando del **pagamento diretto da parte della Società di gestione sinistri all'Istituto convenzionato** dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta senza dover, quindi, anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che restano a suo carico (per le tipologie di garanzie, nei limiti e alle condizioni previste dal Piano sanitario di riferimento), nonché di ogni altra spesa non autorizzata.
2. **ASSISTENZA SANITARIA INDIRETTA o RIMBORSUALE:** l'Assicurato richiede alla **Società di gestione sinistri** il rimborso delle spese sostenute per **prestazioni erogate da Network Sanitario non convenzionato**, oppure dal **Network convenzionato** ma per le quali **non sia prevista o non sia stata attivata l'assistenza sanitaria diretta** (per le tipologie di garanzie, nei limiti e alle condizioni previste dal piano sanitario di riferimento), oppure erogate dal **Servizio Sanitario Nazionale**.
3. **ASSISTENZA SANITARIA REGIME MISTO (DIRETTA E RIMBORSUALE):** l'Assicurato che intende avvalersi per la garanzia Rimborso prestazioni ospedaliere di un Istituto di cura rientrante nel Network convenzionato, ma di equipe medica non aderente al Network, ha la facoltà, attivando la Centrale operativa, di accedere, previa autorizzazione, alla prestazione sanitaria, beneficiando del **pagamento diretto da parte della Società di gestione sinistri all'Istituto di cura** dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e spese non autorizzate che restano a suo carico e **per il costo dell'equipe medica non convenzionata**. Di quest'ultimo costo l'Assicurato potrà, poi, **richiedere il rimborso alla Società di gestione secondo la modalità prevista al punto 2** (per le tipologie di garanzie, nei limiti e alle condizioni previste dal piano sanitario di riferimento).

Per accedere ai servizi messi a disposizione tramite My Assistance gli Assicurati potranno usufruire dell'**Area Clienti**, all'indirizzo internet

<https://app.myassistance.eu/>

accessibile da smartphone, o personal computer, oppure tramite l'**app Myassistance**, compatibile con Android e iOS.

Le credenziali per il primo accesso all'Area Clienti saranno fornite agli Assicurati da My Assistance all'indirizzo mail fornito dal Contraente.

Attraverso l'Area Clienti è possibile:

- **consultare il network Sanitario convenzionato,**
- **formulare le richieste di attivazione delle prestazioni in assistenza sanitaria diretta, anche richiedendo la prenotazione di prestazioni di Alta diagnostica, prestazioni extraospedaliere quali visite e accertamenti e prestazioni odontoiatriche presso il Network sanitario convenzionato,**
- **inoltrare le richieste di rimborso,**
- **monitorare lo stato di lavorazione delle proprie pratiche.**

Inoltre, sulla stessa Area Clienti sarà disponibile la **Carta Assistenza digitalizzata** che gli Assicurati potranno stampare e portare con sé per la presentazione alle strutture che compongono il network, al fine di beneficiare delle tariffe convenzionate.

Per usufruire delle prestazioni l'Assicurato potrà anche avvalersi dei canali tradizionali rivolgendosi - ai seguenti recapiti:

- **numero verde nazionale gratuito, accessibile da telefono fisso:** **800.010.300**
- **numero alternativo per chiamate da cellulare e dall'estero:** **0039.02.303.500.003**
- **mail:** **corporate.groupama@myassistance.it**

indicando:

- **numero di polizza**
- **nome e cognome** dell'assicurato che richiede la prestazione
- **prestazione richiesta e relativa prescrizione**

Il servizio di consulenza telefonica è operativo tutti i giorni feriali, **dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:30 alle 18:00.**

Per sinistri afferenti **l'assistenza sanitaria diretta** e per le emergenze connesse alla mancata ricezione delle prese in carico da parte di strutture convenzionate, il servizio è **garantito 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.**

In ogni caso, la Società, lasciando invariati la portata ed i limiti delle prestazioni garantite, si riserva la facoltà di affidare il servizio ad altra società di gestione dei servizi di assistenza autorizzata ai termini di legge. In tal caso, verrà prontamente comunicata al Contraente la denominazione di tale società, senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

ART. 37 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società di Servizi che gestisce in nome e per conto della Società i sinistri, nei termini previsti dal presente contratto, oppure alla Società, quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'Art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso del Network convenzionato ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro.

Successivamente l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del sinistro entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della polizza.

L'inadempimento di tale obbligo potrebbe comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

ART. 38 - CRITERI DI EROGAZIONE DI RIMBORSO SPESE MEDICHE, ALTA DIAGNOSTICA, PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE, RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE

Spese sostenute per: il ricovero, l'intervento chirurgico senza ricovero o il day hospital/Day surgery; Alta Diagnostica; Prestazioni extraospedaliere; Odontoiatria

Per le spese sostenute durante il ricovero, l'intervento chirurgico senza ricovero o il day hospital/Day surgery; per l'alta diagnostica, le prestazioni extraospedaliere, le spese odontoiatriche l'Assicurato potrà:

1. avvalersi di Strutture e professionisti sanitari convenzionati usufruendo del pagamento diretto da parte della Società (assistenza sanitaria diretta);
2. avvalersi di Strutture e professionisti sanitari non convenzionati richiedendo successivamente il rimborso alla Società (assistenza sanitaria rimborsuale);
3. avvalersi, ma **solo in caso di ricovero, intervento chirurgico ambulatoriale o Day hospital/Day surgery**, di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, usufruendo di un regime misto con pagamento diretto da parte della Società alla Istituto di cura convenzionato (assistenza

sanitaria diretta) e richiedendo successivamente il rimborso alla Società di quanto dall'Assicurato corrisposto al medico non convenzionato (assistenza sanitaria rimborsuale);

4. utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale (assistenza sanitaria rimborsuale);

secondo quanto di seguito indicato:

1. Utilizzo di Strutture e professionisti sanitari convenzionati

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di strutture e di medici convenzionati deve attivarsi preventivamente con la Centrale operativa per l'attivazione della garanzia, in questo caso la Società di servizi paga direttamente alla Struttura le spese indennizzabili a termini di contratto, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e/o prestazioni non garantite dal presente contratto e/o non autorizzate che restano a carico dell'Assicurato, secondo il Piano Sanitario prescelto.

Se l'Assicurato non si è attivato preventivamente con la Centrale operativa, la Società di servizi non provvede ad alcun pagamento in forma diretta, ma rimborsa all'Assicurato le spese da questi sostenute indennizzabili a termini di contratto, applicando gli eventuali scoperti e/o franchigie previsti per il regime a rimborso secondo il Piano Assicurativo prescelto.

2. Utilizzo di Strutture e professionisti sanitari non convenzionati

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di Strutture e professionisti sanitari non convenzionati, la Società di servizi rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto, applicando gli eventuali scoperti e/o franchigie previsti per il regime a rimborso secondo il Piano Assicurativo prescelto.

3. Utilizzo di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, deve attivarsi preventivamente con la Centrale operativa, se vuole che la Società di servizi, **adotti un regime misto** e provveda, cioè, al **pagamento diretto** all'Istituto di cura delle spese indennizzabili a termini di contratto, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e/o prestazioni non garantite dal presente contratto e/o non autorizzate e per le spese per i medici non convenzionati che restano a carico dell'Assicurato al momento della dimissione, e al **successivo rimborso** delle spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata, che saranno indennizzabili a termini di contratto, applicando gli eventuali scoperti e/o franchigie previsti per il regime a rimborso, secondo il Piano Assicurativo prescelto.

Se l'Assicurato non si è attivato preventivamente con la Centrale operativa, la Società di servizi non provvede ad alcun pagamento in forma diretta, ma rimborsa all'Assicurato le spese da questi sostenute indennizzabili a termini di contratto, applicando gli eventuali scoperti e/o franchigie previsti per il regime a rimborso secondo il Piano Assicurativo prescelto.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società di servizi provvederà a rimborsare integralmente le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato, purché indennizzabili a termini di polizza, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'indennità sostitutiva, ove prevista.

Spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero

Per le spese sostenute prima e dopo il ricovero con o senza intervento chirurgico, Day Hospital/Day Surgery o l'intervento chirurgico ambulatoriale, l'Assicurato dovrà provvedere personalmente al pagamento delle stesse che verranno poi rimborsate dalla Società di servizi, fermi gli eventuali scoperti/ franchigie e sottolimiti previsti dal Piano Assicurativo prescelto.

ART. 39 - MODALITÀ OPERATIVE NEL CASO CI SI AVVALGA DI NETWORK SANITARIO CONVENZIONATO

L'Assicurato che ritenga di avvalersi del Network Sanitario Convenzionato prima di accedere e comunque con un **preavviso di almeno 3 giorni** lavorativi deve prendere contatti con la Centrale operativa della Società di gestione sinistri avvalendosi di uno dei seguenti canali a sua disposizione:

canali web

- **Area Clienti, accessibile all'indirizzo internet <https://app.myassistance.eu/>**
- **App Myassistance,**

utilizzando le credenziali (userid e password) ricevute da My Assistance all'indirizzo mail di riferimento dell'Assicurato fornite dal Contraente.

canali tradizionali ai seguenti recapiti:

- **numero verde nazionale gratuito, accessibile da telefono fisso: 800.010.300**
- **numero alternativo per chiamate da cellulare e dall'estero: 0039.02.303.500.003**
- **mail: corporate.groupama@myassistance.it**

fornendo le seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- se trattasi di Prevenzione: indicare check up e struttura convenzionata scelta;
- nome della struttura e professionista sanitario scelto;
- data della prestazione;
- prescrizione redatta dal medico curante o dello specialista con patologia accertata o sospetta e data di insorgenza della stessa; in caso di infortunio referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

a cui in base alla garanzia da attivare si aggiunge

- Per Ricovero con Intervento, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale: tipo di intervento chirurgico da eseguire;
- Per Ricovero senza intervento o Day Hospital: l'iter diagnostico e terapeutico;
- Extraospedaliere: tipo di prestazione (es. visita, accertamento diagnostico, trattamenti fisioterapici etc.);
- Per le Spese Odontoiatriche: tipo di prestazione ed evento generatore.

Ai fini dell'autorizzazione al pagamento diretto, la Società di gestione sinistri si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario. Qualora non sussistessero i presupposti per autorizzare il pagamento diretto sulla base della sola documentazione medica inoltrata, la Società di gestione sinistri non procederà all'autorizzazione preventiva della diretta, ma si riserverà di valutare il Sinistro a rimborso come da Art. 40.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di comprovata urgenza.

La Società di servizi è a disposizione degli Assicurati:

- dalle ore 8.30 alle ore 18 dei giorni feriali, dal lunedì al venerdì, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 7 giorni su 7, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che l'Assicurato acceda al Network Sanitario Convenzionato esclusivamente per il tramite della Società di servizi, in mancanza del quale il servizio di assistenza sanitaria diretta non è operante.

Gli Assicurati potranno stampare e portare con sé la **Carta Assistenza digitalizzata** disponibile sull'Area Clienti per la presentazione alle strutture che compongono il network, al fine di beneficiare delle tariffe convenzionate.

ART. 40 - MODALITÀ OPERATIVE NEL CASO NON CI SI AVVALGA DEL NETWORK CONVENZIONATO

L'Assicurato che ritenga di avvalersi di Strutture non convenzionate per accedere all'assistenza indiretta o rimborsuale deve presentare alla Società di gestione sinistri avvalendosi di uno dei seguenti canali a sua disposizione:

canali web

- **Area Clienti, accessibile all'indirizzo internet <https://app.myassistance.eu/>**
- **App Myassistance,**

utilizzando le credenziali (userid e password) ricevute da My Assistance all'indirizzo mail di riferimento dell'Assicurato fornite dal Contraente.

canali tradizionali

- **mail: corporate.groupama@myassistance.it**

unitamente al modulo di richiesta di rimborso, le fotocopie delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali accompagnate dalla documentazione medica giustificativa come meglio dettagliata all'Art. 41 punto 2.

ART. 41 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELLE GARANZIE

Spese sostenute per: il ricovero, l'intervento chirurgico senza ricovero o il day hospital/Day surgery; Alta Diagnostica; Prestazioni extraospedaliere; Odontoiatria

1. Utilizzo di Strutture e professionisti sanitari convenzionati (assistenza sanitaria diretta)

Il pagamento che la Società di servizi avrà effettuato ad istituti di cura o medici convenzionati, solleverà la Società nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, anche emergenti dalla documentazione sanitaria ricevuta dalla struttura convenzionata.

2. Utilizzo di Strutture e professionisti sanitari non convenzionati (assistenza sanitaria indiretta o rimborsuale)

La Società di servizi effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto dovuto dietro presentazione a cura dell'Assicurato delle fotocopie delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali accompagnate dalla documentazione medica giustificativa quale:

- a. cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital / Day Surgery;
- b. certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso garanzie extraospedaliere;
- c. dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;
- d. prescrizione prime lenti o di successiva modifica del visus, entrambe certificate dal medico oculista o da ottico optometrista e dichiarazione di conformità rilasciata dall'ottico come da Decreto Legislativo 24 febbraio 1997, n. 46, in caso di acquisto di lenti e occhiali;
- e. prescrizione redatta dal medico specialista o dal medico curante in caso di acquisto medicinali, con indicato: nome del farmaco e la patologia per la quale è stato prescritto lo stesso. Sarà inoltre necessario allegare lo scontrino fiscale parlante;
- f. referto del Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.), in caso di infortunio.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato o ad un familiare beneficiario delle prestazioni: il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'Assicurato.

Le prestazioni devono essere effettuate da personale sanitario specializzato (medico, infermiere, fisioterapista) con prescrizione corredata dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale).

L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un Istituto di cura, di uno studio medico o di un medico specialista, ad eccezione di quelle fisioterapiche/riabilitative che possono, altresì, essere fatturate da Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Sono comunque escluse dal rimborso le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo.

In caso di più ricoveri per la medesima patologia effettuati a breve distanza di tempo, la Società può richiedere per le degenze successive al primo ricovero una relazione clinica specialistica che lo documenti.

Tutti i pagamenti nei confronti dell'Assicurato vengono effettuati a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente.

Per le spese sostenute all'estero i Rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui

la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Le prestazioni relative a ricoveri in struttura privata senza intervento e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto (c.d. "ricoveri impropri") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito e nei termini di cui al punto "Specialistiche Extraospedaliere".

Definito il sinistro, la Società restituisce, qualora siano stati inviati gli originali, i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi le notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

3. Utilizzo di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati (assistenza sanitaria regime misto)

In caso di ricovero, intervento chirurgico ambulatoriale o di Day hospital/Day surgery, per cui sia stata autorizzata l'adozione dell'**assistenza sanitaria regime misto: diretta** per l'Istituto di cura convenzionato **e rimborsuale** per l'equipe medica non convenzionata, **troveranno applicazione rispettivamente quanto indicato al punto 1 e quanto indicato al punto 2 che precedono con relative modalità operative di attivazione.**

Qualora non sia stata autorizzata l'adozione dell'assistenza sanitaria regime misto o non si sia attivata preventivamente la Centrale operativa, per l'assistenza sanitaria diretta, troverà applicazione sia per il pagamento verso l'istituto di cura, sia verso l'equipe medica a quanto previsto al punto 2. che precede.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (assistenza indiretta o rimborsuale)

Nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso delle spese, questo avverrà con le modalità previste dal precedente punto 2. del presente articolo.

Nel caso in cui, invece, l'Assicurato richiede la corresponsione dell'Indennità Sostitutiva, egli dovrà far pervenire direttamente alla Società di servizi la copia conforme della cartella clinica completa; inoltre, se richiesto, dovrà fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici. Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per l'indennità sostitutiva relativa a ricoveri sostenuti all'estero.

Spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero

Il rimborso delle spese sanitarie viene effettuato secondo quanto previsto al precedente punto 2. se in regime indiretto, secondo quanto previsto al precedente punto 1., se in regime diretto.

ART. 42 - PRESTAZIONI ESEGUITE DA STRUTTURE E MEDICI CONVENZIONATI

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Società non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite alle Strutture e dai professionisti sanitari convenzionati. Pertanto il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture (Istituti di cura, Centri diagnostici e Studi odontoiatrici) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

ART. 43 - CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

In caso di disaccordo di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove si deve riunire il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio

esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

ART. 44 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo che risulta dovuto, la Società di gestione sinistri provvede al pagamento dell'indennizzo stesso all'Assicurato entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione e all'inviare allo stesso del prospetto di liquidazione.

In caso di utilizzo di **Assistenza Sanitaria regime misto (DIRETTA E RIMBORSUALE)** la Società di gestione sinistri provvede al rimborso di quanto pagato dall'Assicurato per equipe medica non convenzionata, dopo il ricevimento da parte della struttura convenzionata delle fatture relative alla parte convenzionata.

I tempi di pagamento alle strutture convenzionate per le prestazioni erogate in forma diretta sono disciplinati dagli accordi di convenzionamento tra la Società di gestione sinistri Malattia e il network convenzionato stesso.

ART. 45 - RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE

In caso sia stata autorizzata l'Assistenza sanitaria diretta e si dovesse accertare successivamente la non validità della Polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate alla Struttura convenzionata se già saldate dalla Società alla struttura convenzionata, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti, la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

ART. 46 - PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

ALLEGATO 1 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**CHIRURGIA DELL' ESOFAGO**

Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale

Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale

Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo-cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia

Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonoplastica

Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia

Esofagectomia per via toracoscopica

Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago

Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale

Enucleazione di leiomiomi dell' esofago toracico per via tradizionale o toracoscopica

CHIRURGIA DELLO STOMACO - DUODENO - INTESTINO TENUE

Gastrectomia totale con linfadenectomia

Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias

Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias

CHIRURGIA DEL COLON

Emicolectomia destra e linfadenectomia

Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia

Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia tradizionale

Resezione rettocolica con anastomosi colo-anale per via tradizionale

Proctocolectomia con anastomosi ileo-anale e reservoir ileale per via tradizionale

Amputazione del retto per via addomino-perineale

CHIRURGIA DEL FEGATO E VIE BILIARI

Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale

Chirurgia dell'ipertensione portale:

a) interventi di derivazione

anastomosi porto-cava

anastomosi spleno-renale

anastomosi mesenterico-cava

b) interventi di devascolarizzazione

legatura delle varici per via toracica e/o addominale

transezione esofagea per via toracica

transezione esofagea per via addominale

deconnessioni azygos portal per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee

transezione esofagea con devascolarizzazione paraesofago-gastrica

CHIRURGIA DEL PANCREAS

Duodenocefalo-pancreatectomia con o senza linfadenectomia

Pancreatectomia totale con o senza linfadenectomia

Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale

Resezioni e plastiche tracheali

Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale

CHIRURGIA DEL TORACE

Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
Pleurectomie e pleuropneumonectomie
Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
Resezioni bronchiali con reimpianto
Toracoplastica: I e II tempo

CARDIOCHIRURGIA

By-pass aorto-coronarico
Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non escluse dalla garanzia
Commissurotomia per stenosi mitralica
Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci
Pericardiectomia totale
Resezione cardiaca
Sostituzione valvolare con protesi
Sutura del cuore per ferite
Valvuloplastica
Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
Operazione per embolia dell'arteria polmonare

CHIRURGIA VASCOLARE

Interventi sull'aorta toracica e/o addominale
Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali)
Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
Interventi sulla vena cava superiore o inferiore
Trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale)

NEUROCHIRURGIA

Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia
Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia
Trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla garanzia
Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
Craniotomia per neoplasie endoventricolari
Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria
Biopsia cerebrale per via stereotassica
Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
Derivazione ventricolare interna ed esterna
Craniotomia per ascesso cerebrale
Intervento per epilessia focale
Cranioplastiche ricostruttive
Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali

CHIRURGIA UROLOGICA

Nefrectomia allargata

Nefroureterectomy

Derivazione urinaria con interposizione intestinale

Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovesicica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica

Enterocistoplastica di allargamento

Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica

Resezione uretrale e uretrorrafia

Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale

CHIRURGIA GINECOLOGICA

Vulvectomy allargata con linfadenectomia

Creazione di vagina artificiale post chirurgia neoplastica

Isterectomia radicale per via addominale con linfadenectomia

CHIRURGIA OCULISTICA

Trapianto corneale a tutto spessore

Cerchiaggio per distacco di retina

Intervento per neoplasia del globo oculare

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento

Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare

Svuotamento funzionale o demolitivo del collo

Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico

Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico.

Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare

Petrosectomia

Laringectomia sopraglottica o subtotale

Laringectomia e faringolaringectomia totale

Resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne

CHIRURGIA ORTOPEDICA

Artrodesi vertebrale per via anteriore

Artroprotesi totale di ginocchio

Artroprotesi di spalla

Artroprotesi di anca parziale e totale

Disarticolazione interscapolo toracica

Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino

Emipelvectomy

Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi

Trattamento cruento dei tumori ossei

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare

Resezione del mascellare superiore per neoplasia

Resezione della mandibola per neoplasia

CHIRURGIA PEDIATRICA

Cranio bifido con meningocefalocele.

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.

Torace ad imbuto e torace carenato.

Ernia diaframmatica.

Stenosi congenita del piloro.

Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.

Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare:

- abbassamento addomino perineale.

Megauretere:

a) resezione con reimpianto

b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.

Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.

Nefrectomia per tumore di Wilms.

Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

Si considerano "Interventi di alta chirurgia" anche: il trapianto di organi.

ALLEGATO 2 - PIANI SANITARI

PIANO SANITARIO START	
DIPENDENTI	FORMA COMPLETA
RIMBORSO PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO Indennità giornaliera (in Istituto di Cura pubblico e privato) Ricovero con /senza intervento chirurgico Day Hospital/Day Surgery	Indennità giornaliera di € 100,00 , con 2 giorni di franchigia assoluta , per un periodo massimo di 200 giorni 50% dell'indennità giornaliera, per un periodo massimo di 100 giorni
RIMBORSO PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Indennità da gessatura conseguente ad <u>infortunio</u>	€ 75,00 giornaliere per un periodo massimo di 30 giorni
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi conseguenti ad <u>infortunio</u> Massimale annuo Condizioni	€ 1.000,00 Rimborso al 100%
Assistenza infermieristica domiciliare	Rimborso delle spese sostenute con il limite giornaliero di € 35,00 entro il massimale annuo di € 500,00
RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE	
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti ad <u>infortunio</u> (escluse cure ortodontiche) Massimale annuo Condizioni	€ 1.000,00 Rimborso al 100%
TICKET SULLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE, EXTRAOSPEDALIERE E ODONTOIATRICHE	
Condizioni	Rimborso al 100% della spesa sostenuta fermo il massimale annuo previsto dalle singole garanzie

Qualora non diversamente indicato, i massimali si intendono applicati per nucleo e per anno.
Gli scoperti/franchigie si applicano per evento

PIANO SANITARIO SPECIAL	
DIPENDENTI	FORMA COMPLETA
RIMBORSO PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Grandi Interventi Chirurgici (come da elenco)	
Massimale annuo	€ 150.000,00
Strutture convenzionate - pagamento diretto	Rimborso al 100%
Strutture non convenzionate - a rimborso (devono intendersi comprese le endoprotesi e le spese sostenute a fronte di espianto da donatore)	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20%
Spese precedenti/successive	Riconosciute nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi
Limite rimborsabile per rette di degenza (solo presso Strutture non convenzionate)	€ 300,00 giornalieri
Spese per vitto e pernottamento dell'Accompagnatore	€ 60,00 giornalieri per una durata massima di 50 giorni (no scoperti)
Spese per Trasporto dell'assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 2.000,00 (no scoperti)
Spese per rimpatrio della salma	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 1.000,00 (no scoperti)
Indennità sostitutiva	€ 100,00 giornalieri per un periodo massimo di 80 giorni
Spese precedenti/successive l'indennità sostitutiva	Riconosciute nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi (rimborso al 100%)
RIMBORSO PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Indennità da gessatura da infortunio	€ 120,00 giornalieri per un periodo massimo di 30 giorni
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi a seguito di infortunio	
Massimale annuo	€ 1.500,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Assistenza infermieristica domiciliare	Rimborso delle spese sostenute con il limite giornaliero di € 40,00 entro il massimale annuo di € 600,00
RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE	
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti ad infortunio (escluse le cure ortodontiche)	
Massimale annuo	€ 1.500,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Prevenzione Odontoiatrica	
Condizioni	1 ablazione all'anno per il Dipendente da effettuare presso Strutture convenzionate
TICKET SULLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE, EXTRAOSPEDALIERE E ODONTOIATRICHE	
Condizioni	Rimborso al 100% della spesa sostenuta fermo il massimale annuo previsto dalle singole garanzie
PREVENZIONE	
Medicina Preventiva - Check Up	
- Esami di laboratorio	
- ECG, Ecografia Pelvica, Mammografia	
- Visita Urologica, Senologica (o ginecologica)	
Condizioni	Per il solo dipendente - a partire dai 30 anni compiuti da eseguire in un'unica soluzione, una volta l'anno e presso Strutture Convenzionate attivando il pagamento diretto

Qualora non diversamente indicato, i massimali si intendono applicati per nucleo e per anno.
Gli scoperti/franchigie si applicano per evento.

PIANO SANITARIO MEDIUM	
DIPENDENTI	FORMA COMPLETA
RIMBORSO PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO	
Indennità giornaliera (in Istituto di Cura pubblico e privato)	
Ricovero con /senza intervento chirurgico	Indennità giornaliera di € 150,00 , con 2 giorni di franchigia assoluta , per un periodo massimo di 200 giorni
Day Hospital/Day Surgery	50% dell'indennità giornaliera, per un periodo massimo di 100 giorni
RIMBORSO PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Indennità da gessatura conseguente ad <u>infortunio</u>	€ 120,00 giornaliere per un periodo massimo di 30 giorni
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi conseguenti ad <u>infortunio</u>	
Massimale annuo	€ 1.700,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Assistenza infermieristica domiciliare	Rimborso delle spese sostenute con il limite giornaliero di € 40,00 entro il massimale annuo di € 600,00
RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE	
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti ad <u>infortunio</u> (escluse cure ortodontiche)	
Massimale annuo	€ 2.000,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Prevenzione Odontoiatrica	
Condizioni	1 ablazione all'anno per il Dipendente da effettuare presso Strutture convenzionate
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti a <u>malattia</u> (escluse cure ortodontiche)	
Massimale annuo	€ 500,00
Condizioni	Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto 20% , con l'importo minimo di € 150,00
TICKET SULLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE, EXTRAOSPEDALIERE E ODONTOIATRICHE	
Condizioni	Rimborso al 100% della spesa sostenuta fermo il massimale annuo previsto dalle singole garanzie

Qualora non diversamente indicato, i massimali si intendono applicati per nucleo e per anno.
Gli scoperti/franchigie si applicano per evento.

PIANO SANITARIO CLASSIC	
DIPENDENTI	FORMA COMPLETA
RIMBORSO PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento chirurgico Day Hospital/Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale Massimale annuo	€ 100.000,00
Strutture convenzionate - pagamento diretto	Ricovero con/senza intervento chirurgico: Rimborso delle spese con applicazione di una franchigia fissa di € 1.000,00 Day Hospital/Day Surgery, Intervento Ambulatoriale: Rimborso delle spese con applicazione di una franchigia fissa di € 100,00
Strutture non convenzionate - a rimborso	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20%
Spese precedenti/successive <u>Sotto-massimali nell'ambito del Massimale annuo:</u>	Riconosciute nei 60 giorni precedenti e nei 60 giorni successivi
Parto Fisiologico (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 1.000,00 (no scoperti/franchigie)
Parto Cesareo / Aborto terapeutico (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 2.000,00 (no scoperti/franchigie)
Chirurgia refrattiva (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 1.000,00 per occhio (no scoperti/franchigie)
Limite rimborsabile per rette di degenza (solo presso Strutture non convenzionate)	€ 250,00 giornalieri
Spese per vitto e pernottamento dell'Accompagnatore	€ 30,00 giornalieri per una durata massima di 50 giorni (no scoperti/franchigie)
Spese per Trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 1.000,00 (no scoperti/franchigie)
Spese per rimpatrio della salma	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 1.000,00 (no scoperti/franchigie)
Indennità Sostitutiva	€ 80,00 giornaliere per un periodo massimo di 50 giorni
Spese precedenti/successive l'indennità sostitutiva	Riconosciute nei 60 giorni precedenti e nei 60 giorni successivi (rimborso al 100%)
ALTA DIAGNOSTICA	
Massimale annuo	€ 2.000,00
Condizioni	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20%
RIMBORSO PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi conseguenti ad <u>infortunio</u> Massimale annuo Condizioni	€ 500,00 Rimborso al 100%
Cure Oncologiche effettuate in regime extraospedaliero Massimale annuo Condizioni	€ 10.000,00 Rimborso al 100%
Assistenza infermieristica domiciliare	Rimborso delle spese sostenute con il limite giornaliero di € 40,00 entro il massimale annuo di € 600,00
RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE	
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti ad <u>infortunio</u> (escluse le cure ortodontiche) Massimale annuo Condizioni	€ 2.000,00 Rimborso al 100%
Prevenzione Odontoiatrica Condizioni	1 ablazione all'anno per il Dipendente da effettuare presso Strutture convenzionate
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti a <u>malattia</u> (escluse le cure ortodontiche) Massimale annuo Condizioni	€ 250,00 Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 20%, con l'importo minimo di € 100,00

TICKET SULLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE, EXTRAOSPEDALIERE, ODONTOIATRICHE E DI ALTA	
Condizioni	Rimborso al 100% della spesa sostenuta fermo il massimale annuo previsto dalle singole garanzie
PREVENZIONE	
Medicina Preventiva - Check Up - Esami di laboratorio - ECG, Ecografia Pelvica, Mammografia - Visita Urologica, Senologica (o ginecologica) Condizioni	Per il solo dipendente - a partire dai 30 anni compiuti da conseguire in un'unica soluzione, una volta l'anno e presso Strutture Convenzionate attivando il pagamento diretto
Pacchetto Maternità - Ecografie e analisi di laboratorio - Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale - Supporto psicologico postparto Massimale annuo Condizioni	€ 300,00 Rimborso al 100%
Prevenzione Herpes Zoster Massimale annuo Condizioni	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 immunizzare rispetto all'insorgenza di questa malattia debilitante suscettibile di ingenerare uno stato patologico reiterato e diffuso € 2.000,00 Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 10%
Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli assistiti) Condizioni	Indennizzo di € 1.000,00 per neonato per i primi 3 anni di vita

Qualora non diversamente indicato, i massimali si intendono applicati per nucleo e per anno.
 Gli scoperti/franchigie si applicano per evento.

PIANO SANITARIO PREMIUM	
DIPENDENTI	FORMA COMPLETA
RIMBORSO PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento chirurgico Day Hospital/Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale Massimale annuo	€ 150.000
Strutture convenzionate - pagamento diretto	Ricovero con/senza intervento chirurgico: Rimborso delle spese con applicazione di franchigia fissa di € 500,00 Day Hospital/Day Surgery, Intervento Ambulatoriale: Rimborso delle spese con applicazione di franchigia fissa di € 100,00
Strutture non convenzionate - a rimborso	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20% Riconosciute nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi
Spese precedenti/successive <i>Sotto-massimali nell'ambito del Massimale annuo:</i>	
Parto Fisiologico (retta degenza nel sotto-massimale)	€ 1.500,00 (no scoperti/franchigie)
Parto Cesareo /Aborto terapeutico (retta degenza nel sotto-massimale)	€ 2.500,00 (no scoperti/franchigie)
Chirurgia refrattiva (retta degenza nel sotto-massimale)	€ 1.000,00 per occhio (no scoperti/franchigie)
Limite rimborsabile per rette di degenza (solo presso Strutture non convenzionate)	€ 300,00 giornalieri
Spese per vitto e pernottamento dell'Accompagnatore	€ 30,00 giornalieri per una durata massima di 50 giorni (no scoperti/franchigie)
Spese per Trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 1.000,00 (no scoperti/franchigie)
Spese per rimpatrio della salma	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 1.000,00 (no scoperti/franchigie)
Indennità Sostitutiva	€ 100,00 giornalieri per un periodo massimo di 50 giorni
Spese precedenti/successive l'indennità sostitutiva	Riconosciute nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi (rimborso al 100%)
ALTA DIAGNOSTICA	
Massimale annuo Condizioni	€ 3.000,00 Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20%
RIMBORSO PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi conseguenti ad <u>infortunio</u> Massimale annuo Condizioni	€ 1.000,00 Rimborso al 100%
Cure Oncologiche effettuate in regime extraospedaliero Massimale annuo Condizioni	€ 10.000,00 Rimborso al 100%
Visite specialistiche/Accertamenti/Analisi di laboratorio Massimale annuo Condizioni	€ 1.000,00 Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20%
Assistenza infermieristica domiciliare	Rimborso delle spese sostenute con il limite giornaliero di € 40,00 entro il sotto-massimale annuo di € 600,00 ricompreso nel massimale Visite Specialistiche /Accertamenti /Analisi di Laboratorio)
RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE	
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti ad <u>infortunio</u> (escluse le cure ortodontiche) Massimale annuo Condizioni	€ 3.000,00 Rimborso al 100%
Prevenzione Odontoiatrica Condizioni	1 ablazione all'anno per il Dipendente da effettuare presso Strutture convenzionate
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti a <u>malattia</u> (escluse le cure ortodontiche) Massimale annuo Condizioni	€ 500,00 Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 20% , con l'importo minimo di € 150,00

TICKET SULLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE, EXTRAOSPEDALIERE, ODONTOIATRICHE E DI ALTA	
Condizioni	Rimborso al 100% della spesa sostenuta fermo il massimale annuo previsto dalle singole garanzie
PREVENZIONE	
Medicina Preventiva - Check Up - Esami di laboratorio - ECG, Ecografia Pelvica, Mammografia - Visita Urologica, Senologica (o ginecologica) Condizioni	Per il solo dipendente - a partire dai 30 anni compiuti da eseguire in un'unica soluzione, una volta l'anno e presso Strutture Convenzionate attivando il pagamento diretto
Pacchetto Maternità - Ecografie e analisi di laboratorio - Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale - Supporto psicologico postparto Massimale annuo Condizioni	€ 400,00 Rimborso al 100%
Prevenzione Herpes Zoster Massimale annuo Condizioni	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 immunizzare rispetto all'insorgenza di questa malattia debilitante suscettibile di ingenerare uno stato patologico reiterato e diffuso € 2.000,00 Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 10%
Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli assistiti) Condizioni	Indennizzo di € 1.000,00 per neonato per i primi 3 anni di vita

Qualora non diversamente indicato, i massimali si intendono applicati per nucleo e per anno.
 Gli scoperti/franchigie si applicano per evento.

PIANO SANITARIO ELITE	
DIPENDENTI	FORMA COMPLETA
RIMBORSO PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento chirurgico Day Hospital/Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale Massimale annuo	€ 200.000,00 Ricovero con/senza intervento chirurgico: Rimborso delle spese con applicazione di franchigia fissa di € 500,00 Day Hospital/Day Surgery, Intervento Ambulatoriale: Rimborso delle spese con applicazione di franchigia fissa di € 100,00
Strutture convenzionate - pagamento diretto	
Strutture non convenzionate - a rimborso	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20%
Spese precedenti/successive	Riconosciute nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi
<u>Sotto-massimali nell'ambito del Massimale annuo:</u>	
Parto Fisiologico (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 3.000,00 (no scoperti/franchigie)
Parto Cesareo / Aborto terapeutico (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 4.000,00 (no scoperti/franchigie)
Chirurgia refrattiva (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 1.500,00 per occhio (no scoperti/franchigie)
Limite rimborsabile per rette di degenza (solo presso Strutture non convenzionate)	€ 300,00 giornalieri
Spese per vitto e pernottamento dell'Accompagnatore	€ 30,00 giornalieri per una durata massima di 50 giorni (no scoperti/franchigie)
Spese per Trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 1.000,00 (no scoperti/franchigie)
Spese per rimpatrio della salma	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 1.000,00 (no scoperti/franchigie)
Indennità Sostitutiva	€ 100,00 giornaliere per un periodo massimo di 80 giorni
Spese precedenti/successive l'indennità sostitutiva	Riconosciute nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi (rimborso al 100%)
ALTA DIAGNOSTICA	
Massimale annuo	€ 4.000,00
Condizioni	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20%
RIMBORSO PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi conseguenti ad <u>infortunio</u>	
Massimale annuo	€ 1.500,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Cure Oncologiche effettuate in regime extraospedaliero	
Massimale annuo	€ 10.000,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Visite specialistiche/Accertamenti/Analisi di laboratorio	
Massimale annuo	€ 1.500,00
Condizioni	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20%
Assistenza infermieristica domiciliare	Rimborso delle spese sostenute con il limite giornaliero di € 40,00 entro il sotto-massimale annuo di € 600,00 ricompreso nel massimale Visite Specialistiche /Accertamenti /Analisi di Laboratorio

RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE	
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti ad <u>infortunio</u> (escluse le cure ortodontiche)	
Massimale annuo	€ 4.000,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Prevenzione Odontoiatrica	
Condizioni	1 ablazione all'anno per il Dipendente da effettuare presso Strutture convenzionate
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti a <u>malattia</u> (escluse le cure ortodontiche)	
Massimale annuo	€ 1.000,00
Condizioni	Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 20% , con l'importo minimo di € 150,00
TICKET SULLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE, EXTRAOSPEDALIERE, ODONTOIATRICHE E DI ALTA	
Condizioni	Rimborso al 100% della spesa sostenuta fermo il massimale annuo previsto dalle singole garanzie
LENTI	
Massimale annuo	€ 150,00
Condizioni	Con applicazione di una franchigia fissa di € 50,00
PREVENZIONE	
Medicina Preventiva - Check Up	
- Esami di laboratorio	
- ECG, Ecografia Pelvica, Mammografia	
- Visita Urologica, Senologica (o ginecologica)	
Condizioni	Per il solo dipendente - a partire dai 30 anni compiuti da eseguire in un'unica soluzione, una volta l'anno e presso Strutture Convenzionate attivando il pagamento diretto
Pacchetto Maternità	
- Ecografie e analisi di laboratorio	
- Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale	
- Supporto psicologico postparto	
Massimale annuo	€ 500,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Prevenzione Herpes Zoster	
Massimale annuo	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 immunizzare rispetto all'insorgenza di questa malattia debilitante suscettibile di ingenerare uno stato patologico reiterato e diffuso
Condizioni	€ 2.000,00 Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 10%
Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli assistiti)	
Condizioni	Indennizzo di € 1.000,00 per neonato per i primi 3 anni di vita

Qualora non diversamente indicato, i massimali si intendono applicati per nucleo e per anno.

Gli scoperti/franchigie si applicano per evento.

PIANO SANITARIO CLASSIC	
QUADRI	FORMA COMPLETA / INTEGRATIVA
RIMBORSO PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento chirurgico Day Hospital/Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale Massimale annuo	€ 100.000,00
Strutture convenzionate - pagamento diretto	Rimborso a 100%
Strutture non convenzionate - a rimborso	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20% con l'importo massimo di € 5.000,00
Spese precedenti/successive <u>Sotto-massimali nell'ambito del Massimale annuo:</u>	Riconosciute nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi
Parto Fisiologico (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 2.500,00 (no scoperti/franchigie)
Parto Cesareo / Aborto terapeutico (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 5.000,00 (no scoperti/franchigie)
Chirurgia refrattiva (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 1.000,00 per occhio (no scoperti/franchigie)
Limite rimborsabile per rette di degenza (solo presso Strutture non convenzionate)	€ 350,00 giornalieri
Spese per vitto e pernottamento dell'Accompagnatore	€ 35,00 giornalieri per una durata massima di 50 giorni (no scoperti/franchigie)
Spese per Trasporto dell'assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 3.000,00 (no scoperto)
Spese per rimpatrio della salma	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 3.000,00 (no scoperto)
Indennità Sostitutiva	€ 100,00 giornalieri per un periodo massimo di 80 giorni
Spese precedenti/successive l'indennità sostitutiva	Riconosciute nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi (rimborso al 100%)
ALTA DIAGNOSTICA	
Massimale annuo	€ 4.000,00
Condizioni	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20%
RIMBORSO PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi conseguenti ad <u>infortunio</u> Massimale annuo	€ 1.500,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Cure Oncologiche effettuate in regime extraospedaliero Massimale annuo	€ 10.000,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Assistenza infermieristica domiciliare	Rimborso delle spese sostenute con il limite giornaliero di € 40,00 entro il massimale annuo di € 800,00
RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE	
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti ad <u>infortunio</u> (escluse cure ortodontiche) Massimale annuo	€ 4.000,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Prevenzione Odontoiatrica Condizioni	1 ablazione all'anno per il Quadro da effettuare presso Strutture convenzionate
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti a <u>malattia</u> (escluse cure ortodontiche) Massimale annuo	€ 500,00
Condizioni	Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 20%, con l'importo minimo di € 150,00
TICKET SULLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE, EXTRAOSPEDALIERE, ODONTOIATRICHE E DI ALTA DIAGNOSTICA	
Condizioni	Rimborso al 100% della spesa sostenuta fermo il massimale annuo previsto dalle singole garanzie

PREVENZIONE	
Medicina Preventiva - Check Up - Esami di laboratorio - ECG, Ecografia Pelvica, Mammografia - Visita Urologica, Senologica (o ginecologica) Condizioni	Per il solo Quadro - a partire dai 30 anni compiuti da eseguire in un'unica soluzione, una volta l'anno e presso Strutture Convenzionate attivando il pagamento diretto
Pacchetto Maternità - Ecografie e analisi di laboratorio - Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale - Supporto psicologico postparto Massimale annuo Condizioni	€ 500,00 Rimborso al 100%
Prevenzione Herpes Zoster Massimale annuo Condizioni	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 immunizzare rispetto all'insorgenza di questa malattia debilitante suscettibile di ingenerare uno stato patologico reiterato e diffuso € 2.000,00 Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 10%
Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli assistiti) Condizioni	Indennizzo di € 1.000,00 per neonato per i primi 3 anni di vita

Qualora non diversamente indicato, i massimali si intendono applicati per nucleo e per anno.
 Gli scoperti/franchigie si applicano per evento.

PIANO SANITARIO SPECIAL	
QUADRI	FORMA COMPLETA / INTEGRATIVA
RIMBORSO PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento chirurgico Day Hospital / Day Surgery Intervento Chirurgico Ambulatoriale Massimale annuo	€ 200.000,00
Strutture convenzionate - pagamento diretto	Rimborso a 100%
Strutture non convenzionate - a rimborso	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20% con l'importo massimo di € 5.000,00
Spese precedenti/successive	Riconosciute nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi
<u>Sotto massimali nell'ambito del Massimale annuo:</u>	
Parto Fisiologico (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 3.000,00 (no scoperti)
Parto Cesareo / Aborto terapeutico (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 7.000,00 (no scoperti)
Chirurgia refrattiva (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 1.000,00 per occhio (no scoperti)
Limite rimborsabile per rette di degenza (solo presso Strutture non convenzionate)	€ 350,00 giornalieri
Spese per vitto e pernottamento dell'Accompagnatore	€ 35,00 giornalieri per una durata massima di 50 giorni (no scoperti/franchigie)
Spese per Trasporto dell'assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 3.000,00 (no scoperto)
Spese per rimpatrio della salma	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 3.000,00 (no scoperto)
Indennità Sostitutiva	€ 130,00 giornaliero per un periodo massimo di 80 giorni
Spese precedenti/successive l'indennità sostitutiva	Riconosciute nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi (rimborso al 100%)
ALTA DIAGNOSTICA	
Massimale annuo	€ 5.000,00
Condizioni	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20%
RIMBORSO PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi conseguenti ad infortunio	
Massimale annuo	€ 2.000,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Cure Oncologiche effettuate in regime extraospedaliero	
Massimale annuo	€ 10.000,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Visite specialistiche/Accertamenti/Analisi di laboratorio	
Massimale annuo	€ 1.500,00
Condizioni	Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 20%
Assistenza infermieristica domiciliare	Rimborso delle spese sostenute con il limite giornaliero di € 40,00 entro il sotto-massimale annuo di € 800,00 compreso nel massimale Visite Specialistiche/Accertamenti/Analisi di Laboratorio

RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE	
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti ad <u>infortunio</u> (escluse le cure ortodontiche)	
Massimale annuo	€ 4.000,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Prevenzione Odontoiatrica	
Condizioni	1 ablazione all'anno per il Quadro da effettuare presso Strutture convenzionate
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti a <u>malattia</u> (escluse le cure ortodontiche)	
Massimale annuo	€ 1.000,00
Condizioni	Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 20% , con l'importo minimo di € 150,00
TICKET SULLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE, EXTRAOSPEDALIERE, ODONTOIATRICHE E DI ALTA	
Condizioni	Rimborso al 100% della spesa sostenuta fermo il massimale annuo previsto dalle singole garanzie
PREVENZIONE	
Medicina Preventiva - Check Up	
- Esami di laboratorio - ECG, Ecografia Pelvica, Mammografia - Visita Urologica, Senologica (o ginecologica)	
Condizioni	Per il solo Quadro - a partire dai 30 anni compiuti da eseguire in un'unica soluzione, una volta l'anno e presso Strutture Convenzionate attivando il pagamento diretto
Pacchetto Maternità	
- Ecografie e analisi di laboratorio - Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale - Supporto psicologico postparto	
Massimale annuo	€ 500,00
Condizioni	Rimborso al 100%
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 immunizzare rispetto all'insorgenza di questa malattia debilitante suscettibile di ingenerare uno stato patologico reiterato e diffuso
Massimale annuo	€ 2.000,00
Condizioni	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 10%
Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli assistiti)	
Condizioni	Indennizzo di € 1.000,00 per neonato per i primi 3 anni di vita

Qualora non diversamente indicato, i massimali si intendono applicati per nucleo e per anno.
Gli scoperti/franchigie si applicano per evento.

PIANO SANITARIO PREMIUM	
QUADRI	FORMA COMPLETA / INTEGRATIVA
RIMBORSO PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento chirurgico Day Hospital/Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale Massimale annuo	€ 300.000,00
Strutture convenzionate - pagamento diretto	Rimborso a 100%
Strutture non convenzionate - a rimborso	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20% con l'importo massimo di € 5.000,00
Spese precedenti/successive	Riconosciute nei 100 giorni precedenti e nei 100 giorni successivi
<u>Sotto-massimali nell'ambito del Massimale annuo:</u>	
Parto Fisiologico (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 3.500,00 (no scoperti)
Parto Cesareo / Aborto terapeutico (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 7.500,00 (no scoperti)
Chirurgia refrattiva (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 1.000,00 per occhio (no scoperti)
Limite rimborsabile per rette di degenza (solo presso Strutture non convenzionate)	€ 400,00 giornalieri
Spese per vitto e pernottamento dell'Accompagnatore	€ 40,00 giornalieri per una durata massima di 50 giorni (no scoperti/franchigie)
Spese per Trasporto dell'assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 3.000,00 (no scoperto)
Spese per rimpatrio della salma	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 3.000,00 (no scoperto)
Indennità Sostitutiva	€ 140,00 giornalieri per un periodo massimo di 100 giorni
Spese precedenti/successive l'indennità sostitutiva	Riconosciute nei 100 giorni precedenti e nei 100 giorni successivi (rimborso al 100%)
ALTA DIAGNOSTICA	
Massimale annuo	€ 7.000,00
Condizioni	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20%
RIMBORSO PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi conseguenti ad <u>infortunio</u>	
Massimale annuo	€ 2.000,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Cure Oncologiche effettuate in regime extraospedaliero	
Massimale annuo	€ 10.000,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Visite specialistiche/Accertamenti/Analisi di laboratorio	
Massimale annuo	€ 2.000,00
Condizioni	Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 15%
Assistenza infermieristica domiciliare	Rimborso delle spese sostenute con il limite giornaliero di € 40,00 entro il sotto-massimale annuo di € 800,00 compreso nel massimale Visite Specialistiche /Accertamenti /Analisi di Laboratorio
RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE	
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti ad <u>infortunio</u> (escluse le cure ortodontiche)	
Massimale annuo	€ 4.000,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Prevenzione Odontoiatrica	
Condizioni	1 ablazione all'anno per il Quadro da effettuare presso Strutture convenzionate
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti a <u>malattia</u> (escluse le cure ortodontiche)	
Massimale annuo	€ 1.500,00
Condizioni	Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 20%, con l'importo minimo di € 150,00

TICKET SULLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE, EXTRAOSPEDALIERE, ODONTOIATRICHE E DI ALTA DIAGNOSTICA	
Condizioni	Rimborso al 100% della spesa sostenuta fermo il massimale annuo previsto dalle singole garanzie
LENTI	
Massimale annuo	€ 200,00
Condizioni	Rimborso delle spese sostenute con applicazione di una franchigia fissa di € 50,00
PREVENZIONE	
Medicina Preventiva - Check Up - Esami di laboratorio - ECG, Ecografia Pelvica, Mammografia - Visita Urologica, Senologica (o ginecologica)	Per il solo Quadro - a partire dai 30 anni compiuti da eseguire in un'unica soluzione, una volta l'anno e presso Strutture Convenzionate attivando il pagamento diretto
Condizioni	
Pacchetto Maternità - Ecografie e analisi di laboratorio - Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale - Supporto psicologico postparto	
Massimale annuo	
Condizioni	€ 500,00 Rimborso al 100%
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 immunizzare rispetto all'insorgenza di questa malattia debilitante suscettibile di ingenerare uno stato patologico reiterato e diffuso
Massimale annuo	€ 2.000,00
Condizioni	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 10%
Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli assistiti)	
Condizioni	
	Indennizzo di € 1.000,00 per neonato per i primi 3 anni di vita

Qualora non diversamente indicato, i massimali si intendono applicati per nucleo e per anno.
 Gli scoperti/franchigie si applicano per evento.

PIANO SANITARIO ELITE	
QUADRI	FORMA COMPLETA / INTEGRATIVA
RIMBORSO PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento chirurgico Day Hospital/Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale Massimale annuo	Strutture convenzionate - pagamento diretto € 500.000,00 Strutture non convenzionate - a rimborso € 300.000,00
Strutture convenzionate - pagamento diretto	Rimborso a 100%
Strutture non convenzionate - a rimborso	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20% con l'importo massimo di € 5.000,00
Spese precedent/successive	Riconosciute nei 100 giorni precedenti e nei 100 giorni successivi
<u>Sotto-massimali nell'ambito del Massimale annuo:</u>	
Parto Fisiologico (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 4.000,00 (no scoperti)
Parto Cesareo / Aborto terapeutico (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 8.000,00 (no scoperti)
Chirurgia refrattiva (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 1.500,00 per occhio (no scoperti)
Limite rimborsabile per rette di degenza (solo presso Strutture non convenzionate)	€ 400,00 giornalieri
Spese per vitto e pernottamento dell'Accompagnatore	€ 40,00 giornalieri per una durata massima di 50 giorni (no scoperti/franchigie)
Spese per Trasporto dell'assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 3.000,00 (no scoperto)
Spese per rimpatrio della salma	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 3.000,00 (no scoperto)
Indennità Sostitutiva	€ 150,00 giornaliero per un periodo massimo di 100 giorni
Spese precedenti/successive l'indennità sostitutiva	Riconosciute nei 100 giorni precedenti e nei 100 giorni successivi (rimborso al 100%)
ALTA DIAGNOSTICA	
Massimale annuo	€ 8.000,00
Condizioni	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20%
RIMBORSO PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi conseguenti ad infortunio	
Massimale annuo	€ 2.500,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Cure Oncologiche effettuate in regime extraospedaliero	
Massimale annuo	€ 10.000,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Visite specialistiche/Accertamenti/Analisi di laboratorio	
Massimale annuo	€ 2.500,00
Condizioni	Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 15%
Assistenza infermieristica domiciliare	Rimborso delle spese sostenute con il limite giornaliero di € 40,00 entro il sotto-massimale annuo di € 800,00 ricompreso nel massimale Visite Specialistiche/Accertamenti/Analisi di Laboratorio
RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE	
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti ad infortunio (escluse le cure ortodontiche)	
Massimale annuo	€ 4.000,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Prevenzione Odontoiatrica	
Condizioni	1 ablazione all'anno per il Quadro da effettuare presso Strutture convenzionate
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti a malattia (escluse le cure ortodontiche)	
Massimale annuo	€ 2.000,00
Condizioni	Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 20%, con l'importo minimo di € 150,00

TICKET SULLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE, EXTRAOSPEDALIERE, ODONTOIATRICHE E DI ALTA DIAGNOSTICA	
Condizioni	Rimborso al 100% della spesa sostenuta fermo il massimale annuo previsto dalle singole garanzie
LENTI	
Massimale annuo	€ 300,00
Condizioni	Rimborso delle spese sostenute con applicazione di una franchigia fissa di € 50,00
PREVENZIONE	
Medicina Preventiva - Check Up - Esami di laboratorio - ECG, Ecografia Pelvica, Mammografia - Visita Urologica, Senologica (o ginecologica) Condizioni	Per il solo Quadro - a partire dai 30 anni compiuti da eseguire in un'unica soluzione, una volta l'anno e presso Strutture Convenzionate attivando il pagamento diretto
Pacchetto Maternità - Ecografie e analisi di laboratorio - Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale - Supporto psicologico post parto Massimale annuo Condizioni	€ 500,00 Rimborso al 100%
Prevenzione Herpes Zoster Massimale annuo Condizioni	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 immunizzare rispetto all'insorgenza di questa malattia debilitante suscettibile di ingenerare uno stato patologico reiterato e diffuso € 2.000,00 Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 10%
Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli assistiti) Condizioni	Indennizzo di € 1.000,00 per neonato per i primi 3 anni di vita

Qualora non diversamente indicato, i massimali si intendono applicati per nucleo e per anno.
 Gli scoperti/franchigie si applicano per evento

PIANO SANITARIO ELITE	
DIRIGENTI	FORMA COMPLETA
RIMBORSO PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza intervento, Intervento Ambulatoriale Massimale	Strutture convenzionate - pagamento diretto € 1.000.000,00 Strutture non convenzionate - a rimborso € 500.000,00
Strutture convenzionate - pagamento diretto	Rimborso a 100%
Strutture non convenzionate - a rimborso	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 10%
Spese precedenti/successive	Riconosciute nei 120 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi
<u>Sotto-massimali nell'ambito del Massimale annuo:</u>	
Parto Fisiologico (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 5.000,00 (no scoperto)
Parto Cesareo / Aborto terapeutico (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 10.000,00 (no scoperto)
Chirurgia refrattiva (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 1.500,00 per occhio (no scoperto)
Limite rimborsabile per rette di degenza (solo presso Strutture non convenzionate)	Nessun sottolimito
Spese per vitto e pernottamento dell'Accompagnatore	€ 100,00 giornalieri per una durata massima di 50 giorni
Spese per Trasporto dell'assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 3.000,00 (no scoperto)
Spese per rimpatrio della salma	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 3.000,00 (no scoperto)
Indennità Sostitutiva	€ 150,00 giornalieri per un periodo massimo di 100 giorni
Spese precedenti/successive l'indennità sostitutiva	Riconosciute nei 120 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi (rimborso al 100%)
ALTA DIAGNOSTICA	
Massimale annuo	€ 10.000,00
Condizioni	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20%
RIMBORSO PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi conseguenti ad <u>infortunio</u>	
Massimale annuo	€ 2.500,00
Condizioni	Rimborso a 100%
Cure Oncologiche effettuate in regime extraospedaliero	
Massimale annuo	€ 10.000,00
Condizioni	Rimborso a 100%
Visite Specialistiche, Accertamenti/Analisi di laboratorio	
Massimale annuo	€ 4.000,00
Condizioni	Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 20% con l'importo minimo di € 50,00
- Medicinali (sub-massimale)	€ 250,00
- Assistenza Infermieristica Domiciliare (sub-massimale)	Rimborso delle spese sostenute con il limite giornaliero di € 50,00 entro il sotto-massimale annuo di € 1.500,00
- fisioterapia - agopuntura - logopedia	} nell'ambito del massimale € 4.000,00 sopra indicato

RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE	
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti ad <u>infortunio</u> (escluse le cure ortodontiche)	
Massimale annuo	€ 4.000,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Prevenzione Odontoiatrica	
Condizioni	1 ablazione all'anno per il Dirigente da effettuare presso Strutture convenzionate
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti a <u>malattia</u> (escluse le cure ortodontiche)	
Massimale annuo	€ 2.500,00
Condizioni	Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 20% , con l'importo minimo di € 150,00
TICKET SULLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE, EXTRAOSPEDALIERE, ODONTOIATRICHE E DI ALTA DIAGNOSTICA	
Condizioni	Rimborso al 100% della spesa sostenuta fermo il massimale annuo previsto dalle singole garanzie
LENTI	
Massimale annuo	€ 500,00
Condizioni	Rimborso delle spese sostenute con applicazione di una franchigia fissa di € 50,00
PREVENZIONE	
Medicina Preventiva - Check Up - Esami di laboratorio - ECG, Ecografia Pelvica, Mammografia - Visita Urologica, Senologica (o ginecologica)	
Condizioni	Per il solo Dirigente - a partire dai 30 anni compiuti da eseguire in un'unica soluzione, una volta l'anno e presso Strutture Convenzionate attivando il pagamento diretto
Pacchetto Maternità - Ecografie e analisi di laboratorio - Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale - Supporto psicologico postparto	
Massimale annuo	€ 600,00
Condizioni	Rimborso al 100%
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 immunizzare rispetto all'insorgenza di questa malattia debilitante suscettibile di ingenerare uno stato patologico reiterato e diffuso
Massimale annuo	€ 2.000,00
Condizioni	Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 10%
Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli assistiti)	
Condizioni	Indennizzo di € 1.000,00 per neonato per i primi 3 anni di vita

Qualora non diversamente indicato, i massimali si intendono applicati per nucleo e per anno.
Gli scoperti/franchigie si applicano per evento.

PIANO SANITARIO PREMIUM	
DIRIGENTI	FORMA INTEGRATIVA
RIMBORSO PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento chirurgico Day Hospital/Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale Massimale annuo	Strutture convenzionate - pagamento diretto € 500.000,00 Strutture non convenzionate - a rimborso € 300.000,00
Condizioni	da integrativa
Spese precedenti/successive	Riconosciute nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi
<u>Sotto-massimali nell'ambito del Massimale annuo:</u>	
Parto Fisiologico (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 3.000,00
Parto Cesareo / Aborto terapeutico (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 6.000,00
Chirurgia refrattiva (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 1.500,00 per occhio
Limite rimborsabile per rette di degenza (solo presso Strutture non convenzionate)	Nessun sottolimito
Spese per vitto e pernottamento dell'Accompagnatore	€ 75,00 giornalieri per una durata massima di 50 giorni
Spese per Trasporto dell'assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 3.000,00
Spese per rimpatrio della salma	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 3.000,00
Indennità Sostitutiva	€ 120,00 giornaliera per un periodo massimo di 100 giorni
Spese precedenti/successive l'indennità sostitutiva	Riconosciute nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi (rimborso al 100%)
ALTA DIAGNOSTICA	
Massimale annuo	€ 8.000,00
Condizioni	da integrativa
RIMBORSO PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi conseguenti ad <u>infortunio</u>	
Massimale annuo	€ 2.500,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Cure Oncologiche effettuate in regime extraospedaliero	
Massimale annuo	€ 10.000,00
Condizioni	Rimborso a 100%
Visite Specialistiche, Accertamenti/Analisi di laboratorio	
Massimale annuo	€ 3.000,00
Condizioni	da integrativa
- Assistenza Infermieristica Domiciliare (sotto-massimale)	} Rimborso delle spese sostenute con il limite giornaliero di € 50,00 entro il sotto-massimale annuo di € 1.000,00 nell'ambito del massimale € 3.000,00 sopra indicato
- fisioterapia	
- agopuntura	
- logopedia	
RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE	
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti ad <u>infortunio</u> (escluse le cure ortodontiche)	
Massimale annuo	€ 4.000,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Prevenzione Odontoiatrica	
Condizioni	1 ablazione all'anno per il Dirigente da effettuare presso Strutture convenzionate
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti a <u>malattia</u> (escluse le cure ortodontiche)	
Massimale annuo	€ 1.500,00
Condizioni	da integrativa

TICKET SULLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE, EXTRAOSPEDALIERE, ODONTOIATRICHE E DI ALTA DIAGNOSTICA	
Condizioni	Rimborso al 100% della spesa sostenuta fermo il massimale annuo previsto dalle singole garanzie
PREVENZIONE	
Medicina Preventiva - Check Up - Esami di laboratorio - ECG, Ecografia Pelvica, Mammografia - Visita Urologica, Senologica (o ginecologica) Condizioni	Per il solo Dirigente - a partire dai 30 anni compiuti da eseguire in un'unica soluzione, una volta l'anno e presso Strutture Convenzionate attivando il pagamento diretto
Pacchetto Maternità - Ecografie e analisi di laboratorio - Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale - Supporto psicologico postparto Massimale annuo Condizioni	€ 600,00 Rimborso al 100%
Prevenzione Herpes Zoster Massimale annuo Condizioni	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 immunizzare rispetto all'insorgenza di questa malattia debilitante suscettibile di ingenerare uno stato patologico reiterato e diffuso € 2.000,00 Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 10%
Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli assistiti) Condizioni	Indennizzo di € 1.000,00 per neonato per i primi 3 anni di vita

Qualora non diversamente indicato, i massimali si intendono applicati per nucleo e per anno.
 Gli scoperti/franchigie si applicano per evento.

PIANO SANITARIO ELITE	
DIRIGENTI	FORMA INTEGRATIVA
RIMBORSO PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento chirurgico Day Hospital/Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale Massimale annuo	Strutture convenzionate - pagamento diretto € 1.000.000,00 Strutture non convenzionate - a rimborso € 500.000,00
Condizioni	da integrativa
Spese precedenti/successive	Riconosciute nei 120 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi
<u>Sotto-massimali nell'ambito del Massimale annuo:</u>	
Parto Fisiologico (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 5.000,00
Parto Cesareo / Aborto terapeutico (retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 10.000,00
Chirurgia refrattiva(retta di degenza nel sotto-massimale)	€ 1.500,00 per occhio
Limite rimborsabile per rette di degenza (solo presso Strutture non convenzionate)	Nessun sottolimito
Spese per vitto e pernottamento dell'Accompagnatore	€ 100,00 giornalieri per una durata massima di 50 giorni
Spese per Trasporto dell'assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 3.000,00 (no scoperto)
Spese per rimpatrio della salma	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 3.000,00 (no scoperto)
Indennità Sostitutiva	€ 150,00 giornaliero per un periodo massimo di 100 giorni
Spese precedenti/successive l'indennità sostitutiva	Riconosciute nei 120 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi (rimborso al 100%)
ALTA DIAGNOSTICA	
Massimale annuo	€ 10.000,00
Condizioni	da integrativa
RIMBORSO PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi conseguenti ad <u>infortunio</u>	
Massimale annuo	€ 2.500,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Cure Oncologiche effettuate in regime extraospedaliero	
Massimale annuo	€ 10.000,00
Condizioni	Rimborso a 100%
Visite Specialistiche, Accertamenti/Analisi di laboratorio	
Massimale annuo	€ 4.000,00
Condizioni	da integrativa
- Assistenza Infermieristica Domiciliare (sotto-massimale)	Rimborso delle spese sostenute con il limite giornaliero di € 50,00 entro il sotto-massimale annuo di € 1.500,00
- fisioterapia	} nell'ambito del massimale € 4.000,00 sopra indicato
- agopuntura	
- logopedia	
RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE	
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti ad <u>infortunio</u> (escluse le cure ortodontiche)	
Massimale annuo	€ 4.000,00
Condizioni	Rimborso al 100%
Prevenzione Odontoiatrica	
Condizioni	1 ablazione all'anno per il Dirigente da effettuare presso Strutture convenzionate
Rimborso Spese Odontoiatriche conseguenti a <u>malattia</u> (escluse le cure ortodontiche)	
Massimale annuo	€ 2.500,00
Condizioni	da integrativa

TICKET SULLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE, EXTRAOSPEDALIERE, ODONTOIATRICHE E DI ALTA DIAGNOSTICA	
Condizioni	Rimborso al 100% della spesa sostenuta fermo il massimale annuo previsto dalle singole garanzie
LENTI	
Massimale annuo	€ 500,00
Condizioni	da integrativa
PREVENZIONE	
Medicina Preventiva - Check Up - Esami di laboratorio - ECG, Ecografia Pelvica, Mammografia - Visita Urologica, Senologica (o ginecologica) Condizioni	Per il solo Dirigente - a partire dai 30 anni compiuti da eseguire in un'unica soluzione, una volta l'anno e presso Strutture Convenzionate attivando il pagamento diretto
Pacchetto Maternità - Ecografie e analisi di laboratorio - Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale - Supporto psicologico postparto Massimale annuo Condizioni	€ 600,00 Rimborso al 100%
Prevenzione Herpes Zoster Massimale annuo Condizioni	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 immunizzare rispetto all'insorgenza di questa malattia debilitante suscettibile di ingenerare uno stato patologico reiterato e diffuso € 2.000,00 Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 10%
Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli assistiti) Condizioni	Indennizzo di € 1.000 per neonato per i primi 3 anni di vita

Qualora non diversamente indicato, i massimali si intendono applicati per nucleo e per anno.
 Gli scoperti/franchigie si applicano per evento.



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Mod. 220059 - Ed. 07/2025)

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR"), Groupama Assicurazioni S.p.A. fornisce la presente informativa sul trattamento dei dati personali dei propri clienti.

1. Titolare del trattamento e Data Protection Officer (DPO)

Il titolare del trattamento è Groupama Assicurazioni S.p.A. ("**Groupama**", "**Titolare**" o "**Società**"), con sede legale in viale Cesare Pavese, n. 385, 00144 – Roma, PEC: groupama@legalmail.it.

Per ogni questione relativa ai suoi dati personali o per esercitare i suoi diritti, come indicato al punto 8, può scrivere a privacy@groupama.it oppure inviare una raccomandata a Groupama Assicurazioni Spa all'indirizzo Viale Cesare Pavese 385 00144 ROMA.

Groupama ha nominato un Responsabile della protezione dei dati (DPO), contattabile via e-mail all'indirizzo DPO@groupama.it.

2. Dati personali trattati

Groupama tratterà dati personali c.d. comuni (ad esempio, dati anagrafici, recapiti, dati relativi allo stato patrimoniale, dati relativi all'utilizzo del veicolo assicurato) e, all'occorrenza (ad esempio in caso di sinistri o per finalità di antifrode e antiriciclaggio), anche dati c.d. particolari, come quelli relativi alla salute, nonché i dati giudiziari.

Nel caso in cui l'interessato aderisca ad un contratto di assicurazione telematico per la Responsabilità Civile Auto (RCA), la Società acquisirà dal provider di servizi telematici, nel periodo di vigenza contrattuale, i dati relativi all'utilizzo del veicolo assicurato (dati sullo stile di guida, geolocalizzazione, altro), che saranno trattati per fini statistici e di tariffazione, per consentire la ricostruzione della dinamica del sinistro e per le altre finalità assicurative rientranti nell'esecuzione del contratto.

Inoltre, considerando che nell'instaurazione e gestione del rapporto contrattuale l'interessato potrebbe fornire dati di terzi il cui trattamento è strumentale alla gestione del contratto assicurativo (ad esempio, per la designazione beneficiaria, per l'estensione della copertura ad altri soggetti, quali i membri della collettività o il nucleo familiare, etc.), precisiamo che è onere dell'interessato fornire la presente informativa ai terzi suddetti, ove necessario.

Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà genitoriale dopo aver preso visione della presente informativa. Nel caso i genitori siano separati o divorziati, è necessario che prendano visione dell'informativa e diano il consenso entrambi.

3. Fonte dei dati trattati

I dati personali trattati sono raccolti direttamente dalla Società o per il tramite di altri soggetti facenti parte della cd. “catena assicurativa” (vedi in calce Nota 1) nonché di società terze specializzate nel caso in cui, per una corretta e sicura assunzione e gestione dei rischi, sia necessario acquisire informazioni creditizie e commerciali.

4. Finalità, dati trattati, base giuridica e tempi di conservazione

I dati personali degli interessati saranno trattati per le seguenti finalità:

	FINALITÀ	DATI TRATTATI	BASE GIURIDICA	TEMPI DI CONSERVAZIONE	OBBLIGATORietà CONFERIMENTO
I.	Valutazioni relative al profilo di rischio dell'interessato al fine di formulare proposte adatte alle esigenze degli interessati, secondo le disposizioni di legge o regolamentari (ad esempio, la c.d. valutazione dell'adeguatezza del prodotto)	Dati anagrafici Dati relativi alle abitudini dell'interessato Dati particolari (ex sensibili)	Adempimento di obblighi legali cui è soggetto il titolare del trattamento (art. 6, par. 1, lett. c), GDPR) Se dati particolari: Consenso dell'interessato (art. 6, par. 1, lett. a), GDPR)	10 anni dalla compilazione della proposta contrattuale o dalla cessazione del contratto di assicurazione	Il mancato conferimento dei dati comporterà l'impossibilità per Groupama di dare esecuzione al contratto
II.	Predisposizione di preventivo e/o quotazione per la stipula di un contratto	Dati anagrafici Dati di contatto Dati attinenti al bene che si intende assicurare Dati particolari (ex sensibili)	Esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali richieste dall'interessato (art. 6, par. 1, lett. b), GDPR) Se dati particolari: Consenso dell'interessato (art. 6, par. 1, lett. a), GDPR)	2 anni dalla predisposizione del preventivo	Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità per Groupama di fornire il servizio richiesto

III.	Conclusioni, gestione ed esecuzione di contratti assicurativi (adempimenti amministrativi e contabili, raccolta premi, gestione e liquidazione dei sinistri, pagamenti o esecuzione di altre prestazioni, ivi comprese le modalità di gestione telematiche del contratto: accesso area riservata online clienti, fornitura servizi assicurativi tramite app, etc.)	Dati anagrafici Dati di contatto Dati attinenti al bene che si intende assicurare Dati particolari (ex sensibili) Dati relativi a condanne penali o reati Dati relativi all'ubicazione e alla localizzazione	Esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali richieste dall'interessato (art. 6, par. 1, lett. b), GDPR) Se dati particolari: Consenso dell'interessato (art. 6, par. 1, lett. a), GDPR)	10 anni dalla cessazione del contratto di assicurazione	Il mancato conferimento dei dati comporterà l'impossibilità per Groupama di dare esecuzione al contratto
IV.	Applicazione di tariffe specifiche e dilazioni di pagamento sulla base di analisi e studi attuariali	Dati presenti in banche dati relative a informazioni creditizie detenute da società specializzate	Legittimo interesse di Groupama e/o di terzi alla corretta gestione del rischio assicurativo (art. 6, par. 1, lett. f), GDPR)	10 anni dalla cessazione del contratto di assicurazione	Il mancato conferimento dei dati comporterà l'impossibilità per Groupama di dare esecuzione al contratto
V.	Sorveglianza di portafoglio per valutazioni su prosecuzione e rinnovo di un contratto a scadenza	Dati anagrafici, dati di contatto e attinenti al bene che si intende assicurare	Legittimo interesse di Groupama e/o di terzi alla corretta gestione del rischio assicurativo (art. 6, par. 1, lett. f), GDPR).	10 anni dalla cessazione del contratto di assicurazione	Il mancato conferimento dei dati comporterà l'impossibilità per Groupama di dare esecuzione al contratto
VI.	Assistenza e gestione delle richieste di informazioni e dei reclami (servizi di customer care e contact center)	Dati anagrafici Dati di contatto Dati particolari (ex sensibili)	Esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali richieste dall'interessato (art. 6, par. 1, lett. b), GDPR)	10 anni dalla cessazione del contratto di assicurazione	Il mancato conferimento dei dati comporterà l'impossibilità per Groupama di dare seguito alla richiesta del cliente

VII.	Adempimento di obblighi legali gravanti sul Titolare (es. disciplina in materia di antiterrorismo, di antiriciclaggio, casellario centrale infortuni, motorizzazione civile, etc.)	Dati anagrafici e dati forniti -ad esempio- in occasione della compilazione obbligatoria per legge di questionari relativi ai suoi profili di rischio	Adempimento di obblighi legali cui è soggetto il titolare del trattamento (art. 6, par. 1, lett. c), GDPR)	10 anni dalla cessazione del contratto di assicurazione oppure il diverso termine previsto dalle norme di legge applicabili	Il mancato conferimento dei dati comporterà l'impossibilità per Groupama di dare esecuzione al contratto
VIII.	Prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, compresa la verifica delle dichiarazioni contrattuali e il grado di rischio creditizio	-Informazioni pubbliche, tra cui quelle raccolte tramite siti web e social media -dati contenuti in banche dati relative a informazioni creditizie detenute da società specializzate, e conseguenti azioni legali Dati relativi a condanne penali o reati Dati relativi all'ubicazione e alla localizzazione Dati particolari (ex sensibili)	Legittimo interesse di Groupama e/o di terzi alla corretta gestione del rapporto contrattuale (art. 6, par. 1, lett. f), GDPR)	10 anni dalla cessazione del contratto di assicurazione e comunque per il tempo necessario a svolgere l'attività di verifica successiva alla gestione del sinistro e dell'eventuale contenzioso, nel rispetto dei tempi legali di prescrizione	Il mancato conferimento dei dati comporterà l'impossibilità per Groupama di dare esecuzione al contratto
IX.	Accertamento, esercizio o difesa di un diritto di Groupama o di terzi	Dati anagrafici e contrattuali, e qualsiasi dato rilevante nel caso concreto Dati particolari (ex sensibili)	Legittimo interesse di Groupama e/o di terzi ad esercitare il diritto di difesa e di tutela di diritti e/o interessi di Groupama e/o di	Per tutto il tempo necessario alla definizione dell'eventuale situazione contenziosa o precontenziosa fino al definitivo passaggio in	Il mancato conferimento dei dati comporterà l'impossibilità per Groupama di dare esecuzione al contratto

			terzi (art. 6, par. 1, lett. f), GDPR)	giudicato o decorso dei tempi di prescrizione	
X.	Gestione delle operazioni e controllo interno alla Società (attività di recupero crediti, etc.)	Dati inseriti nelle polizze	Legittimo interesse di Groupama e/o di terzi alla corretta gestione della propria organizzazione aziendale (art. 6, par. 1, lett. f), GDPR)	10 anni dalla cessazione del contratto di assicurazione	Il mancato conferimento dei dati comporterà l'impossibilità per Groupama di dare esecuzione al contratto
XI.	Aggiornamento, individuazione e sviluppo di nuovi prodotti nonché offerta di servizi assicurativi analoghi e complementari	Dati inseriti nei preventivi e nelle polizze	Legittimo interesse di Groupama e/o di terzi al migliore sviluppo dei prodotti della Società (art. 6, par. 1, lett. f), GDPR)	10 anni dalla cessazione del contratto di assicurazione 2 anni dall'erogazione dei preventivi	Il mancato conferimento dei dati comporterà l'impossibilità per Groupama di dare esecuzione al contratto. E' sempre possibile opporsi al trattamento dei dati da Lei già forniti: in tal caso, non riceverà newsletter e altre comunicazioni inerenti ai servizi assicurativi
XII.	Indagini sul livello di soddisfazione dei clienti	Dati anagrafici Dati di contatto Dati sui beni assicurati	Legittimo interesse di Groupama e/o di terzi a migliorare i propri prodotti e servizi (art. 6, par. 1, lett. f), GDPR)	24 mesi dalla indagine effettuata sul livello di soddisfazione dei clienti	Il conferimento dei dati è facoltativo e nel caso in cui decida di non aderire alla richiesta Lei non subirà alcuna conseguenza negativa riguardo al contratto in essere ovvero in corso di costituzione
XIII.	marketing (a titolo esemplificativo e non esaustivo: invio di comunicazioni	Dati personali comuni forniti dall'interessato, compresi quelli inerenti recapiti e contatti	Consenso dell'interessato (art. 6, par. 1, lett. a), GDPR)	24 mesi dal preventivo o dalla cessazione del contratto di assicurazione ovvero fino alla revoca del consenso	Il conferimento dei dati è facoltativo e nel caso in cui decida di non prestare il consenso al trattamento Lei non subirà alcuna

	promozionali, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato mediante modalità automatizzate e digitali es. SMS, Posta elettronica, App di messaggistica istantanea ...)			dell'interessato se precedente	conseguenza negativa riguardo al contratto in essere ovvero in corso di costituzione
XIV.	profilazione (trattamento automatizzato di dati personali per analizzare o prevedere aspetti riguardanti la situazione economica, le preferenze personali, gli interessi, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti)	- dati personali, da Lei forniti e/o acquisiti da terzi (con esclusione dei dati di categorie particolari), -dati di contatto (mail e telefono), -dati relativi al veicolo, rilevati dai dispositivi eventualmente installati sul veicolo stesso, anche tramite l'arricchimento dei dati con informazioni acquisite da soggetti terzi, attraverso anche forme di trattamento automatizzato, -dati acquisiti tramite questionari su bisogni, interessi e preferenze, allo scopo di analizzare aspetti riguardanti, tra gli altri, situazione economica, preferenze personali, interessi, abitudini, comportamento, ubicazione o spostamenti, e per migliorare l'offerta della Società stessa e dalle Società del gruppo di appartenenza.	Consenso dell'interessato (art. 6, par. 1, lett. a), GDPR)	12 mesi dal preventivo o dalla cessazione del contratto di assicurazione ovvero fino alla revoca del consenso dell'interessato se precedente	Il conferimento dei dati è facoltativo e nel caso in cui decida di non prestare il consenso al trattamento Lei non subirà alcuna conseguenza negativa riguardo al contratto in essere ovvero in corso di costituzione



5. Modalità di trattamento dei dati personali

I dati personali saranno trattati manualmente e mediante l'utilizzo di strumenti elettronici, secondo tecniche e modalità strettamente pertinenti alle finalità suindicate.

In particolare, i dati potranno essere oggetto di elaborazione per il tramite di sistemi di intelligenza artificiale, anche nella fase di addestramento dei sistemi, per finalità statistiche o tariffarie, di efficientamento del processo di gestione e liquidazione dei sinistri ovvero al fine di prevenire o accertare frodi assicurative.

Tale trattamento avviene sulla base del legittimo interesse della Compagnia, la quale opera di volta in volta un bilanciamento tra interessi e finalità proprie e i diritti e le libertà dei soggetti interessati.

L'utilizzo dei suddetti sistemi sarà effettuato da personale espressamente autorizzato ed istruito, e non comporterà in ogni caso l'assunzione di una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato.

6. Ambito di circolazione dei dati personali

Il trattamento dei dati personali per le finalità sopra illustrate sarà effettuato dal personale interno appositamente incaricato di Groupama, che agirà sulla base di specifiche istruzioni fornite dal Titolare stesso.

Inoltre, i dati personali potranno essere comunicati anche ai seguenti soggetti:

- a) Società del gruppo di appartenenza di Groupama;
- b) società o soggetti esterni rispetto alla Società, che abbiano con quest'ultima rapporti contrattuali di fornitura o comunque di outsourcing (fornitori di servizi IT, società incaricate del recupero crediti, etc.), i quali trattano i dati personali per le finalità sopra illustrate per conto di Groupama e sono appositamente nominati responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 GDPR;
- c) soggetti pubblici o privati, che tratteranno i dati personali in qualità di autonomi titolari del trattamento (vedi in calce Nota 1).

7. Trasferimento dei dati personali al di fuori dello Spazio Economico Europeo

La comunicazione dei dati personali a soggetti di cui al punto 5 potrebbe comportarne il trasferimento verso Paesi non appartenenti allo Spazio Economico Europeo ("SEE") o verso organizzazioni internazionali. In ogni caso, la comunicazione dei dati personali avverrà soltanto verso Paesi che garantiscono un livello di protezione dei dati personali sostanzialmente equivalente a quello assicurato dai Paesi membri dell'Unione europea e previa stipula delle clausole contrattuali standard predisposte dalla Commissione Europea.

8. Diritti degli interessati

Ai sensi degli artt. 15-22 GDPR, gli interessati possono rivolgersi al Titolare per esercitare specifici diritti quali:

- **Diritto di accesso:** diritto di ottenere dal Titolare la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali e, in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali e ad ulteriori informazioni su origine, finalità, categoria di dati trattati, destinatari di comunicazione e/o trasferimento dei dati, etc;
- **Diritto di rettifica:** diritto di ottenere dal Titolare la rettifica dei dati personali inesatti senza ingiustificato ritardo, nonché l'integrazione dei dati personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa;
- **Diritto alla cancellazione:** diritto di ottenere dal Titolare la cancellazione dei dati personali senza ingiustificato ritardo nel caso in cui:
 - i dati personali non sono più necessari rispetto alle finalità del trattamento;



- il consenso su cui si basa il trattamento è revocato e non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento;
- i dati personali sono stati trattati illecitamente;
- i dati personali devono essere cancellati per adempiere un obbligo legale previsto dal diritto dell'Unione o dello Stato membro cui è soggetto il titolare del trattamento;
- **Diritto di opposizione al trattamento:** diritto di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla propria situazione particolare, al trattamento dei dati personali di cui all'art. 6, co. 1, lett. e) o f), GDPR, compresa la profilazione sulla base di tali disposizioni;
- **Diritto di limitazione di trattamento:** diritto di ottenere dal Titolare la limitazione del trattamento, nei casi in cui sia contestata l'esattezza dei dati personali (per il periodo necessario al titolare del trattamento per verificare l'esattezza di tali dati personali), se il trattamento è illecito e/o l'interessato si è opposto al trattamento;
- **Diritto alla portabilità dei dati:** diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali e di trasmettere tali dati ad altro titolare del trattamento, solo per i casi in cui il trattamento sia basato sul consenso e per i soli dati trattati tramite strumenti elettronici.

Per esercitare tali diritti, effettuare segnalazioni e/o chiedere chiarimenti sul trattamento dei dati personali, gli interessati possono inviare una e-mail a privacy@groupama.it oppure una raccomandata a Groupama Assicurazioni spa all'indirizzo Viale Cesare Pavese 385- 00144 ROMA.

Le ricordiamo inoltre che ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo. In particolare, fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, l'interessato che ritenga che il trattamento che lo riguarda violi il GDPR ha il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo dello Stato membro in cui risiede o lavora abitualmente, ovvero dello Stato in cui si è verificata la presunta violazione. Per l'Italia, l'Autorità competente è il Garante per la Protezione dei Dati Personali.

MODIFICHE E AGGIORNAMENTI DELLA PRESENTE INFORMATIVA Anche in considerazione dei futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa in materia di protezione dei dati personali, Groupama potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente informativa. Resta inteso che qualunque modifica, integrazione o aggiornamento le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente, anche a mezzo pubblicazione sul sito internet della Compagnia www.groupama.it

Nota ¹ Ad esempio, soggetti costituenti la cd. "catena assicurativa", assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, enti/società che rilasciano servizi/prodotti correlati o associati alle coperture assicurative ("scatole nere", dispositivi satellitari di geolocalizzazione, altri dispositivi che consentirebbero, comunque, il trattamento dei Suoi dati personali); agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; studi legali per la gestione di eventuali reclami o controversie, medici, periti, legali, investigatori ed autofficine, centri di demolizione di autoveicoli; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui la centrale operativa di assistenza (indicata nel contratto), società di consulenza per la tutela giudiziaria (indicata nel contratto), clinica convenzionata (scelta dall'interessato); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di supporto alle attività di gestione, ivi comprese le società di servizi postali; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo per reciproci scambi con tutte le imprese consorziate (ad es.: CID; SITA; ecc.); IVASS (ex Isvap), CONSAP, UCI; INAIL; enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie quali INPS, ecc.; Ministero dell'economia e finanze - Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF.; VV.UU.); altre istituzioni o Autorità pubbliche di riferimento; banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad es., Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni, Ministero delle infrastrutture - Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione, altro).



SEZIONE CONSENSI

Letta l'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali, esprimo il consenso in merito al trattamento dei dati personali cd. particolari (ex sensibili) e/o dati oggetto di particolare tutela **(vedi paragrafo 4 - punti I, II, III, VI, VIII, IX della Informativa)**

☐ do il consenso

☐ nego il consenso

FIRMA

Letta l'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali, esprimo il consenso (facoltativo) in merito al trattamento dei dati personali per finalità di marketing **(vedi paragrafo 4 - punto XIII della Informativa)**

☐ do il consenso

☐ nego il consenso

FIRMA

Letta l'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali, esprimo il consenso (facoltativo) in merito al trattamento dei dati personali per processi decisionali automatizzati anche finalizzati alla profilazione **(vedi paragrafo 4 - punto XIV della Informativa)**

☐ do il consenso

☐ nego il consenso

FIRMA

RICHIESTA DI COPERTURA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

Documento che l'Assicurato deve inviare a MyAssistance preventivamente per richiedere copertura diretta ed usufruire dell'assistenza con pagamento a carico dell'Assicurazione tramite fax **02.871.819.75** o Email corporate.groupama@myassistance.it per informazioni **800.010.300**

Da:

Contraente o assicurato: _____

Data di nascita: _____

Telefono: _____

Cellulare: _____

Email: _____

Numero Polizza : _____

L'Assistito/a _____ con la presente fa richiesta di usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute e fatturate dalla Struttura e/o dalla equipe medica e/o libero professionista medico convenzionati con Myassistance S.r.l., nel rispetto delle condizioni previste dalla copertura assicurativa.

A tal fine si precisa qui di seguito:

Struttura Convenzionata prescelta: _____

Nome del medico prescelto: _____

Data prestazione (se già prenotata): _____

Patologia o sospetto diagnostico: _____

Il sottoscritto, coerentemente con le condizioni contrattuali definite nella copertura assicurativa:

- ✓ E' a conoscenza che non sono coperte le prestazioni espressamente escluse nelle condizioni definite nella copertura.
- ✓ Autorizza la compagnia a pagare in nome e per conto proprio le prestazioni oggetto della procedura di pagamento diretto alla struttura e/o professionista medico.
- ✓ Si impegna a fornire ulteriore documentazione medica al fine di una corretta valutazione della pratica in caso questa fosse richiesta.
- ✓ Si impegna a pagare alla struttura tutte le prestazioni non contemplate nella copertura assicurativa ed ogni altra spesa non compresa nella fattura della struttura sanitaria e/o professionista medico.
- ✓ Si impegna a rimborsare a posteriori alla compagnia assicuratrice, tramite MyAssistance le eventuali spese che risultassero non contemplate dalla copertura ed a versare direttamente alla struttura sanitaria e/o professionista medico gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento, nonché gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti eventualmente non applicati per errore.

Luogo e data_____
Firma del contraente/assicurato per accettazione

Ricevuta l' informativa ai sensi del D.Lgs. 196/03, Reg UE 679/2016, D.Lgs. di adeguamento 101/2018 " Codice in materia di protezione dei dati personali",

ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente MyAssistance S.r.l., Strutture Sanitarie, Medici Professionisti , Assicuratore, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data_____
Firma per il consenso del richiedente la prestazione

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO E RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE

Documento che l'Assicurato deve inviare a MyAssistance s.r.l. per richiedere rimborso per le spese sostenute relativamente al proprio sinistro. Per informazioni o supporto contattare il numero **800.010.300**.

Contraente:

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | Data di nascita / /

Contraente/Assicurato per il quale si richiede il rimborso:

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | Data di nascita / /

Numero Polizza :

Email :

Recapito telefonico

Patologia o sospetto diagnostico:

(come da certificato medico allegato alla presente)

Il Contraente/Assicurato con la presente fa richiesta di rimborso delle seguenti notule/fatture nel rispetto delle condizioni previste dalla convenzione assicurativa:

Ft. Numero	Data Fattura	Importo		Ft. Numero	Data Fattura	Importo

Coordinate bancarie del Contraente/Assicurato

Titolare del conto corrente:

[illegible]

INDICAZIONI UTILI PER L' INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE

1. Compilare un modulo per ogni persona e per ogni evento;
2. Fatture o notule non relative a ricovero devono essere accompagnate da certificato medico indicante la patologia presunta o diagnosticata;
3. Allegare copia referti e/o cartella clinica;
4. È obbligatorio, ai fini del rimborso, indicare il codice fiscale del titolare del conto corrente che richiede il rimborso e le coordinate bancarie in formato IBAN.
5. MyAssistance potrà richiedere ulteriore documentazione ai fini di una corretta valutazione della pratica.

Luogo e data

Firma del contraente/assicurato per accettazione

Ricevuta l' informativa ai sensi del D.Lgs. 196/03, Reg UE 679/2016, D.Lgs. di adeguamento 101/2018 “ Codice in materia di protezione dei dati personali”,

ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente MyAssistance S.r.l., Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data

Firma per il consenso del richiedente la prestazione

App MyAssistance

Login



Nome utente

Password

Log in

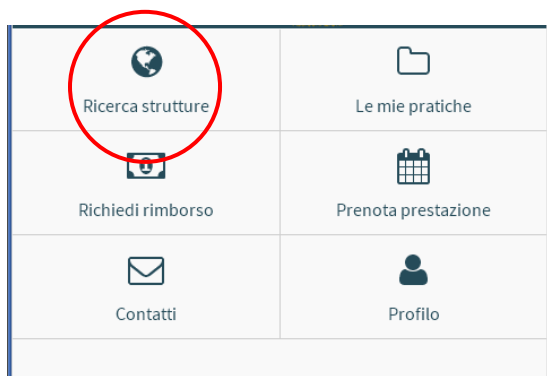
Reset password

Una volta scaricata l'app MyAssistance dal Play-store o dal App-Store, avviarla e inserire la propria user ID e Password.

In alternativa accedere mediante un normale browser all'indirizzo: <https://app.myassistance.eu> inserire la propria user ID e Password.

Se necessario sarà possibile richiedere una nuova password che verrà generata tramite un apposito link inviato alla propria casella mail.

Ricerca strutture



Questa schermata permette di vedere l'elenco delle strutture convenzionate con MyAssistance



Utilizzando i menù è possibile scegliere prima la tipologia di struttura desiderata; Casa di cura – Centro diagnostico – Centro odontoiatrico – RSA.

Poi vi permette di scegliere la provincia di ricerca

Il terzo il comune di preferenza.

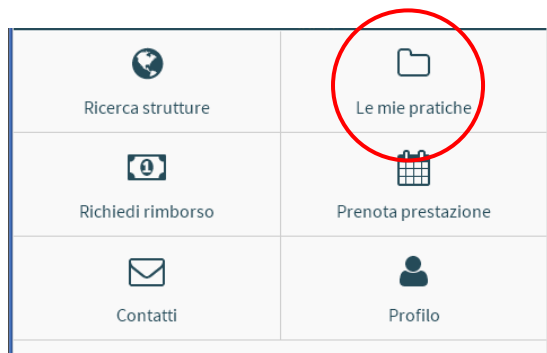
Una volta effettuate le scelte compare l'elenco filtrato delle strutture disponibili ordinato alfabeticamente.



Scegliendo dall'elenco una delle strutture convenzionate e cliccandoci sopra compaiono mappa con geolocalizzazione, contatti della struttura e sito internet.

Cliccando sul numero di telefono, verrà effettuata automaticamente la chiamata

Le mie pratiche



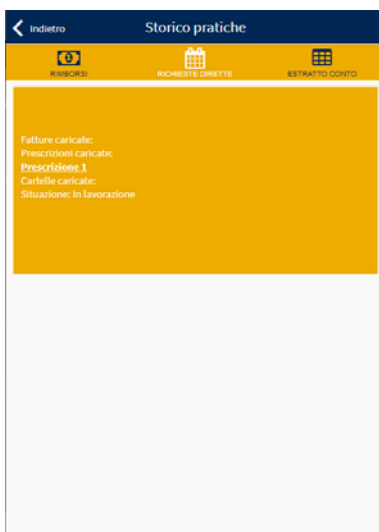
La schermata dedicata alla visualizzazione dello stato delle proprie pratiche.



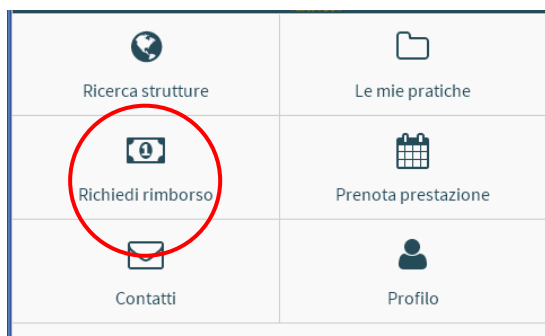
1 Visualizza le pratiche di rimborso.

2 Visualizza le richieste di copertura diretta.

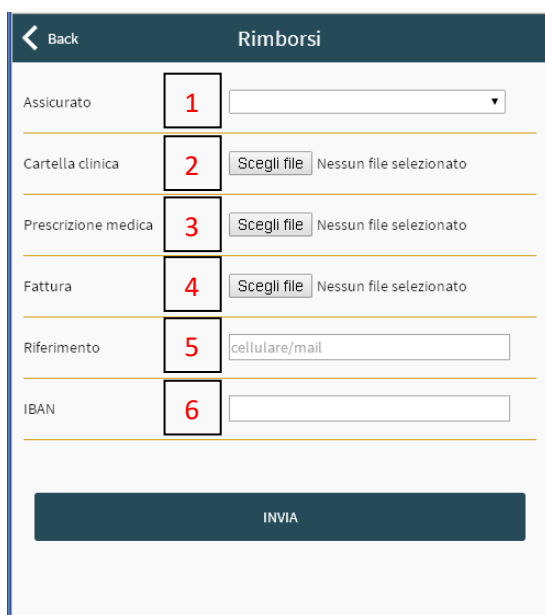
3 Permette di scaricare il proprio estrattoconto per la dichiarazione dei redditi



Richiedi rimborso



La schermata permette di inviare alla centrale sinistri una richiesta di rimborso.

The image shows a form titled 'Rimborsi' with a 'Back' arrow at the top left. It contains six rows, each with a label, a numbered box, and a field: 1. 'Assicurato' with a dropdown menu; 2. 'Cartella clinica' with a 'Scegli file' button and 'Nessun file selezionato'; 3. 'Prescrizione medica' with a 'Scegli file' button and 'Nessun file selezionato'; 4. 'Fattura' with a 'Scegli file' button and 'Nessun file selezionato'; 5. 'Riferimento' with a text field containing 'cellulare/mail'; 6. 'IBAN' with a text field. At the bottom is a dark blue button labeled 'INVIA'.

Per effettuare correttamente una richiesta di rimborso è sufficiente completare i campi bianchi ed allegare la documentazione richiesta.

1 Scegliere l'assicurato che ha effettuato la prestazione medica.

2 Allegare cartella clinica o referti.

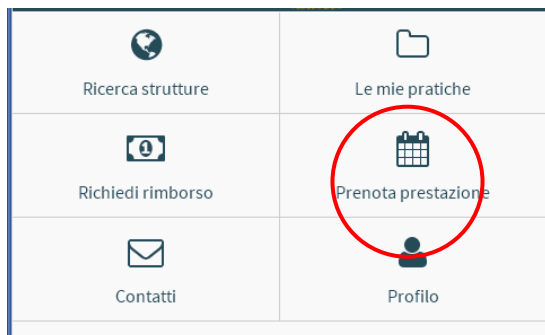
3 Allegare la prescrizione medica con indicato il sospetto diagnostico o la diagnosi.

4 Allegare la fattura ed eventualmente aggiungere ulteriori fatture legate allo stesso sinistro.

5 Indicare i propri riferimenti per poter essere ricontattati in caso di necessità.

6 indicare il codice iban per effettuare l'accredito del rimborso, sarà sufficiente inserirlo solo la prima volta successivamente sarà possibile modificarlo al bisogno.

Prenotazione prestazione

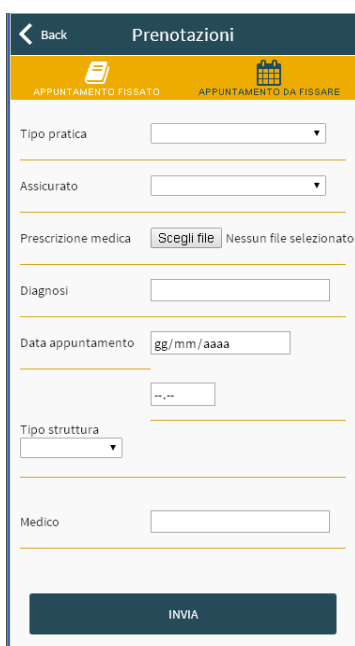
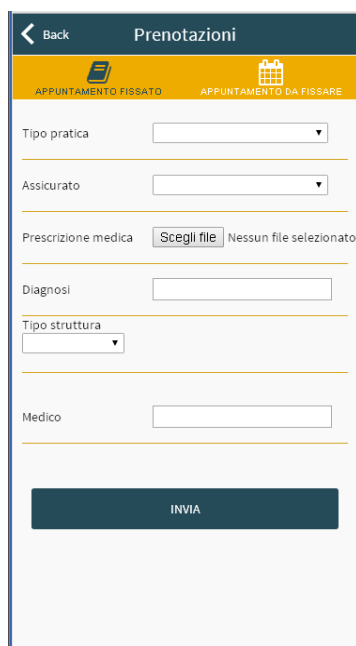


La schermata permette di richiedere ed indicare prestazioni da eseguire ed usufruire della forma diretta.



1 segnalare un appuntamento già fissato autonomamente.

2 fare richiesta di prenotazione tramite la centrale operativa MyAssistance.

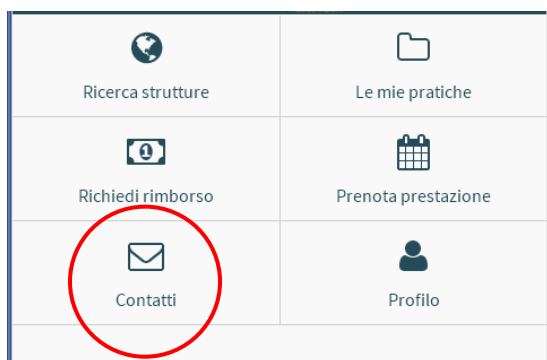



In entrambi i casi è necessario compilare tutti di dati richiesti ed inviare la richiesta;

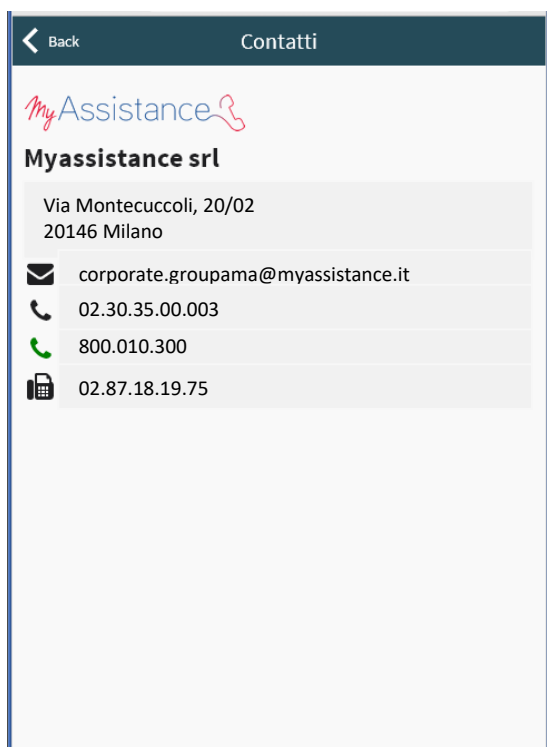
una volta ricevuta la richiesta, la centrale operativa MyAssistance provvederà ad autorizzare la prestazione e a contattarvi per poter organizzare l'appuntamento presso la struttura scelta.

N.B. Per interventi chirurgici e visite occorre verificare che anche il medico scelto aderisca alla convenzione MyAssistance; non tutti i medici infatti aderiscono alle convenzioni stipulate con le strutture sanitarie.

Contatti



Questa schermata fornisce tutti i riferimenti utili di MyAssistance

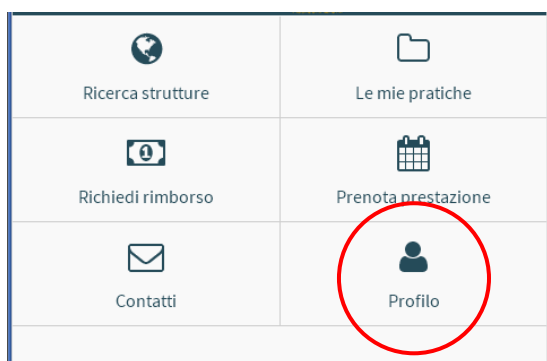


Dal proprio **smartphone** è possibile cliccare sui vari riferimenti per attivare le chiamate ai numeri telefonici, inviare E-mail e nel caso fosse installata sul telefono l'applicazione fax inviare direttamente un fax.

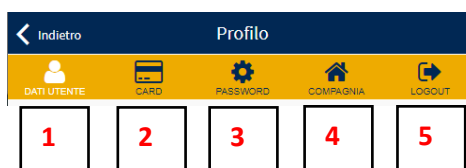
Dal proprio **PC** o **MAC** i numeri telefonici sono impostati per essere composti tramite Skype

N.B. La chiamata skype potrebbe essere a pagamento secondo i propri piani tariffari.

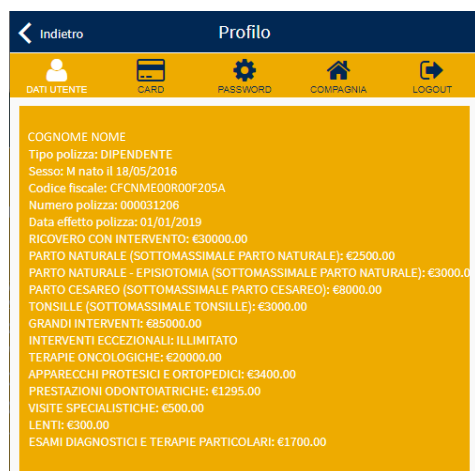
Profilo



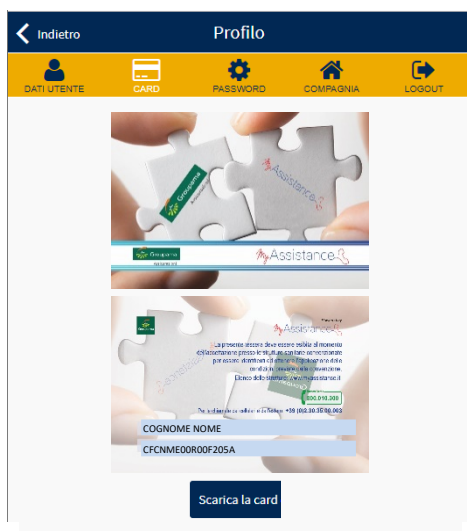
Accedendo alla schermata profilo sarà possibile effettuare 4/5 differenti azioni



1 Dati Utente: permette di visualizzare i propri dati e i massimali residui:



2 Card: mostra l'immagine della propria card personale da poter mostrare alle strutture a conferma di poter usufruire delle tariffe agevolate MyAssistance.



3 Password: permette di cambiare la propria password.



4 Compagnia: Compare in automatico nel caso l'assistito avesse più polizze con diverse Compagnie gestite da MyAssistance.

5 Logout: permette di disconnettersi dall'applicazione e tornare alla schermata di accesso.

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 492.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 e codice IVASS A095S - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



Groupama
Assicurazioni