


**CAPITOLATO DI POLIZZA**  
**RIMBORSO SPESE MEDICHE**

**La presente polizza è stipulata tra**

	ENPAP- Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per gli Psicologi
	Via A. Cesalpino, 1
	00161 Roma

**e**

<b>Società Assicuratrice</b>
<b>Agenzia di</b>

**Durata del contratto**

<b>Dalle ore 24.00 del :</b>	<b>31.12.2020</b>
<b>Alle ore 24.00 del :</b>	<b>31.12.2023</b>

## GLOSSARIO

<b>Annualità assicurativa</b>	Si intende per annualità assicurativa il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima data di scadenza del contratto. Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra la data di rinnovo e la successiva data di scadenza.
<b>Assicurato</b>	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
<b>Assicurazione</b>	Il contratto di assicurazione.
<b>Assistenza infermieristica</b>	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma.
<b>Centrale Operativa Medica</b>	La struttura è costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete" dal contratto.
<b>Condizioni di assicurazione</b>	Il documento che disciplina in via generale il contratto di assicurazione.
<b>Contraente</b>	La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
<b>Day Hospital</b>	La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
<b>Difetto fisico</b>	Deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o parti di esso dovuto a sviluppo somatico in soggetti già costituzionalmente predisposti o a condizioni traumatiche acquisite.
<b>Durata contrattuale</b>	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
<b>Franchigia</b>	<p>Per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta comunque a carico dell'Assicurato.</p> <p>Per le garanzie che prevedono un'indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.</p>
<b>Indennizzo</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b>Infortunio</b>	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
<b>Intervento Chirurgico Ambulatoriale</b>	L'intervento di chirurgia effettuato senza degenza, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, ago aspirato, infiltrazioni articolari.
<b>Istituto di Cura</b>	Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.
<b>IVASS</b>	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
<b>Malattia</b>	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.
<b>Malattia oncologica</b>	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
<b>Nota informativa</b>	Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Società, al contratto stesso e alle caratteristiche del contratto.
<b>Nucleo familiare</b>	L'intero nucleo familiare da stato di famiglia composto dal coniuge o convivente more uxorio e figli. Inoltre, si intendono compresi i figli non conviventi e fino al 30° anno di età, purché fiscalmente a carico.
<b>Premio</b>	La somma dovuta dal Contraente alla Società.

<b>Protesi</b>	Dispositivo con carattere anatomico-funzionale usato per sostituire parzialmente o totalmente una parte del corpo umano non più in grado di operare correttamente.
<b>Ricovero</b>	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
<b>Rischio</b>	La probabilità del verificarsi del sinistro.
<b>Scoperto</b>	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
<b>Sinistro</b>	Il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
<b>Società</b>	Compagnia di Assicurazione
<b>Strutture Mediche Convenzionate</b>	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.
<b>Ticket sanitario</b>	È il contributo dovuto per la prestazione ricevuta, calcolato sulle tariffe del Servizio Sanitario Nazionale. La prestazione può essere erogata o da una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, o da una struttura privata in regime di convenzione.

# Condizioni di Assicurazione

## 1. NORME COMUNI

### Art. 1.1) Durata e Pagamento del premio

*Il presente contratto ha validità dalle ore 24,00 del 31. 12.2020 alle ore 24,00 del 31.12.2023 con rateazione annuale.*

*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.*

*I premi o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto e sono dovuti alle scadenze delle annualità assicurative successive alla prima come specificato all'art. 1.6 "Regolazione del premio".*

### Art. 1.2) Scadenza dell'assicurazione

*Alla scadenza il contratto cesserà automaticamente senza obbligo di disdetta.*

### Art. 1.3) Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti contrattuali.

*Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.*

*Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.*

### Art. 1.4) Oneri

*Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, all'assicurazione ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.*

### Art. 1.5) Obblighi del Contraente

*Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione:*

- *il Contraente si obbliga a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione.*
- *gli Assicurati hanno la possibilità, collegandosi al sito internet della Compagnia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.*

*Il Contraente si impegna a fornire alla Società nome cognome, data di nascita, sesso e codice fiscale (se presente) degli assicurati al momento dell'entrata in copertura. Il Contraente si impegna a comunicare agli assicurati eventuali trasferimenti di agenzia e operazioni societarie straordinarie.*

*La Società avrà il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente sarà tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie nonché ad esibire i libri paga.*

## **Art. 1.6) Regolazione del premio**

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, la corresponsione da parte del Contraente di un premio.

*Entro il 30° giorno successivo alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa il Contraente si impegna a comunicare:*

- **relativamente alla nuova annualità assicurativa**, l'effettivo numero iniziale di unità assicurate (persone o nuclei familiari) affinché la Società possa determinare il premio che il Contraente dovrà anticipare anche in qualità di premio minimo;
- **relativamente all'annualità trascorsa**, gli avvenuti inserimenti in garanzia con le corrispondenti date di decorrenza affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Per la regolazione del premio resta inteso che se l'inserimento in garanzia è avvenuto nel corso del primo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione dell'intero premio annuo per unità; se invece l'inserimento in garanzia è avvenuto nel secondo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione del 60% del premio annuo per unità.

A seguito di tali comunicazioni la Società notificherà al Contraente gli importi dovuti che dovranno essere pagati entro 30 giorni dalla notifica stessa.

*Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti il premio da anticipare in via provvisoria per la nuova annualità sarà pari a quanto anticipato per l'annualità trascorsa e sarà considerato in conto od a garanzia di quello relativo all'annualità per la quale non sono stati adempiuti gli obblighi contrattuali. Di conseguenza la Società si riserva il diritto di sospendere il pagamento dei sinistri pendenti fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.*

*Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli eventi accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.*

## **Art. 1.7) Riservatezza dei dati personali**

Il Contraente si impegna a fornire agli assicurati l'Informativa Contrattuale, ai sensi dell'art.13, del D.Lgs. n.196/03, allegata a queste Condizioni di Assicurazione (Allegato 9) ed a restituire alla Società il consenso dell'Assicurato.

## **Art. 1.8) Lingua in cui è redatto il contratto**

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

## **Art. 1.9) Clausola Broker**

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto al Broker AON SPA – Via Andrea Ponti, 8/10 – 20143 Milano, iscritto RUI B000117871; di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker AON SPA, il quale tratterà con La Società.

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte alla delegataria dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Società, prevarranno queste ultime.

Il pagamento del premio realizzato in buona fede al broker ed ai suoi collaboratori si considera effettuato direttamente alla Società, ai sensi dell'art. 118 del D. lgs 209/2005.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza della Società da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker potranno intendersi come fatte alla Società soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima ed alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio dovranno essere fatte alla Società e avranno efficacia dal momento della ricezione da parte dell'impresa stessa.

Il Broker è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, ai sensi degli artt. 120 e 121, del D. lgs 209/2005 e dell'art. 55, comma 2, del Regolamento Isvap n. 5/2006 .

La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi fatto per il tramite del Broker sopra designato è liberatorio per la Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del broker è a proprio carico. Il broker tratterrà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza nella misura del 6% sul premio imponibile.

## **2. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE**

### **Art. 2.1) Validità territoriale**

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

### **Art. 2.2) Persone non assicurabili**

*Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza; al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto, l'assicurazione nei loro confronti viene a cessare indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato.*

### **Art. 2.3) Permanenza in assicurazione – Limiti di età**

*L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni.*

*Per coloro che compiono i 80 anni in corso di copertura, la stessa vale fino alla fine dell'annualità assicurativa e pertanto non si darà seguito a rimborso del premio che si considera acquisito; l'eventuale premio pagato per l'annualità successiva verrà restituito.*

*Per le persone che risultino assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con il Contraente, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con il Contraente stesso. Allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro e pertanto non si darà seguito a rimborso del premio che si considera acquisito.*

### **Art. 2.4) Esclusioni**

*L'assicurazione non comprende:*

- a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;*
- b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;*
- c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;*
- d) gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;*
- e) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;*
- f) le cure e le visite specialistiche relative a malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici (è sempre compresa la prima visita);*
- g) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- h) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;*
- i) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quelli a scopo ricostruttivo sia da infortunio che a seguito di intervento chirurgico oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;*
- j) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzo, gli interventi preprotesi e di implantologia;*
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- l) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;*
- m) degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;*

- n) ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- o) cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS;
- p) i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- q) le cure, gli accertamenti clinico-strumentali e le visite specialistiche correlate alla condizione di sieropositività H.I.V. o A.I.D.S..

### **3. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO**

#### **Art. 3.1) Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro**

*In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:*

- 1) *presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro corredata dalla necessaria documentazione medica con la prescrizione riportante il quesito diagnostico;*
- 2) *allegare la copia della cartella clinica completa per le prestazioni connesse ai ricoveri;*
- 3) *acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti.*
- 4) *fornire tutta la documentazione (medica e non) che la società riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro.*

*L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.*

#### **Art. 3.2) Criteri di liquidazione**

*La Società effettua il rimborso delle spese, a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione delle fotocopie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.*

*Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.*

*Per la corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero.*

#### **Art. 3.3) Controversie**

*In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.*

*Il Collegio medico arbitrale 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 metà delle spese e competenze per il terzo medico.*

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

*I risultati delle operazioni arbitrali devono esser raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico arbitrale sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.*

#### **Art. 3.4) Rimborso da Enti**

**NON APPLICABILE**

### **Art. 3.5) Somme assicurate – scoperto e franchigia**

Il rimborso delle spese indennizzabili a termini di contratto avviene per ogni garanzia fino a concorrenza della relativa somma assicurata. Tale somma deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nell'Allegato *Quadro Sinottico*.

Il rimborso delle spese avviene per ciascuna garanzia *previa eventuale applicazione dello scoperto e della franchigia indicati*.

*Qualora siano operanti sia la franchigia che lo scoperto, in caso di sinistro la Società indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.*

L'applicazione degli scoperti e delle franchigie si intende riferita all'ammontare delle spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato e indennizzabili a termini di contratto.

### **Art. 3.6) Reti convenzionate**

#### Rete delle "Strutture Convenzionate"

La Società mette a disposizione una rete di strutture convenzionate e l'attivazione di una Centrale Operativa, per poter accedere alle prestazioni previste dal contratto con costi sostenuti direttamente dalla Società, *ad eccezione delle franchigie di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa*. La Società si impegna ad erogare le modalità operative del servizio.

### **Art. 3.7) Determinazione dell'annualità assicurativa di competenza**

L'individuazione dell'annualità assicurativa di competenza di un sinistro avviene con il seguente criterio:

- a) In caso di ricovero, day hospital e di corresponsione dell'indennità sostitutiva di cui agli artt. 4.1, 4.2 e 4.10 delle condizioni di assicurazione, la data del sinistro coincide con quella dell'entrata dell'Assicurato nella struttura ospedaliera. A questa data si fa riferimento per tutte le garanzie collegate al ricovero;
- b) per le garanzie di cui agli artt. 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8, 4.9, 5.1, 5.2 E 5.3 delle condizioni di assicurazione la data del sinistro corrisponde alla data della documentazione di spesa.

## **4. GARANZIE**

### **Art. 4.1) Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche**

La Società, rimborsa le spese rese necessarie da malattia o infortunio, verificatisi nell'anno assicurativo, e sostenute in caso di:

#### **A) Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio:**

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza *fino al limite giornaliero di € 250*;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 60 e per una durata non



- superiore al ricovero, con un massimo di giorni 30 per annualità assicurativa;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, *col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero*;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e successivo ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), *col massimo di € 2.000 per intervento o ricovero*.

In caso di parto con taglio cesareo la Società rimborsa le seguenti spese comprese quelle per il neonato, *fino a concorrenza del limite di € 10.000 per annualità assicurativa*:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- le rette di degenza *fino al limite giornaliero di € 250*;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, *col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero*.

In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma *fino ad un massimo di € 1.600*.

**B) ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico per:**

- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- rette di degenza *fino al limite giornaliero di € 250*;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, *col massimo di € 1.100 per ricovero*.

**C) ricovero per parto senza taglio cesareo, fino a concorrenza del limite di € 3.000 per annualità assicurativa (comprese le spese per il neonato), per:**

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero,
- rette di degenza *fino al limite giornaliero di € 150*;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, *col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero*.

**D) interventi per la correzione del vizio di rifrazione, fino a concorrenza del limite di € 1.200 per occhio e per annualità assicurativa, per:**

La Società rimborsa, fino a concorrenza della somma di euro 1.200 per occhio e per anno assicurativo, le spese sostenute per interventi per la cura e/o l'eliminazione dei difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione / miopia, purché motivati da deficit visivo superiore alle 4 diottrie.

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).

La garanzia di cui al presente articolo è prestata fino a concorrenza del massimale indicato nel *Quadro Sinottico* di riepilogo, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare

**Precisazioni relative agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero**

*Il rimborso delle spese sostenute in regime di ricovero e di day hospital di cui ai precedenti punti A) e B) avviene previa applicazione di scoperti e franchigie per sinistro in base a quanto indicato dal quadro sinottico ad eccezione delle spese relative a vitto, pernottamento e trasporto che saranno riconosciute entro i limiti previsti in polizza e senza applicazione di scoperti o franchigie, nonché nel caso in cui per l'effettuazione dell'intervento l'assicurato abbia pagato soltanto il ticket previsto dal Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).*

*Esclusivamente per intervento chirurgico ambulatoriale il rimborso avviene previa applicazione di uno scoperto indicato nel Quadro sinottico, salvo il caso in cui l'assicurato abbia fatto ricorso al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) con pagamento del solo ticket.*

### **Spese pre/post ricovero**

Le eventuali spese precedenti e successive al ricovero o all'intervento elencate nel presente articolo al punto A) e B) saranno oggetto di rimborso o pagamento alla struttura convenzionata da parte della Società previa applicazione di uno scoperto del 10% che rimarrà a carico dell'assicurato, esclusi eventuali ticket.

### **Art. 4.2) Trasformabilità della prestazione: Indennità sostitutiva**

Qualora il ricovero o la degenza in regime di Day hospital avvenga in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) - esclusi eventuali ticket - la Società corrisponderà una indennità sostitutiva:

- integralmente per ogni pernottamento in istituto di cura;
- al 50 % nel caso di Day Hospital.

Le eventuali spese collegate all'intervento elencate all'art. 4.1 saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di contratto.

*L'importo giornaliero e il numero massimo di giorni per annualità assicurativa per cui l'indennità viene corrisposta sono indicati nel quadro sinottico*

### **Art. 4.3) Anticipo**

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assicurato domandare anticipatamente - entro il limite dell'80% della somma assicurata - il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità a termini di contratto delle spese di ricovero;
- sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito, il presunto ammontare delle spese sanitarie, la descrizione della patologia che determinato rende necessario il ricovero o l'intervento chirurgico, la data prevista per il ricovero.

### **Art. 4.4) Rimborso spese extra ricovero**

La Società rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione, anche se non collegate a ricovero *fino a concorrenza del massimale indicato nel quadro sinottico, da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare.*

L'elenco tassativo ed esaustivo delle prestazioni rimborsabili è il seguente:

**Amniocentesi** (rimborsabile nei seguenti casi: - età dell'assicurata oltre i 35 anni; - familiarità dell'assicurata con malformazioni genetiche; - anomalie cromosomiche rilevate con test di screening (ecografici, biochimici ed ultra screen).

**Angiografia**

**Arteriografia**

**Cistografia**

**Coronarografia**

**Doppler**

**Ecocardiografia**

**Elettromiografia**

**Endoscopia**

**Esame urodinamico completo**

**Holter**

**Isterosalpingografia**  
**Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC)**  
**Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)**  
**Scintigrafia**  
**Tomografia ad emissione di positroni (PET)**  
**Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)**  
**Urografia**

Si intendono altresì comprese le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici

*Il rimborso delle spese viene effettuato previa applicazione di uno scoperto per ogni prestazione o ciclo di terapia effettivamente sostenuta in base a quanto indicato nel quadro sinottico.*

Relativamente all'amniocentesi, le relative spese saranno ammesse a rimborso nei seguenti casi: *età dell'assicurata oltre i 35 anni, familiarità dell'assicurata con malformazioni genetiche, anomalie cromosomiche rilevate con test di screening (ecografici, biochimici ed ultra screen).*

Scoperti e franchigie non vengono applicati nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

*Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica con relativo quesito diagnostico.*

#### **Art. 4.5) Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio**

La Società rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per:

- onorari dei medici per visite specialistiche (escluse comunque le visite pediatriche non richieste dal medico di base del bambino, odontoiatriche ed ortodontiche) intendendosi per tali quelle effettuate da medico fornito di regolare specializzazione conseguita presso la facoltà di medicina e chirurgia;
- analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati;
- i trattamenti fisioterapici e riabilitativi (compresa la logopedia). Si precisa che i trattamenti devono essere prescritti da medico specialista e possono essere svolti o all'interno di un centro specializzato o eseguiti da persone iscritte al relativo Albo delle figure professionali riconosciute dagli elenchi delle Arti e Professioni sanitarie.

*La presente garanzia è operante fino a concorrenza del massimale indicato nel quadro sinottico da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare.*

*Il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate viene effettuato previa applicazione di uno scoperto per ciascuna prestazione, che rimangono a carico dell'Assicurato, come indicato nel quadro sinottico.*

Scoperti e franchigie non vengono applicati nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

- Si intendono altresì comprese le spese sostenute per l'acquisto di medicinali presenti nel prontuario farmacologico e prodotti omeopatici prescritti a seguito di malattia o infortunio *fino a concorrenza dell'importo indicato nel quadro sinottico.*  
Tali prodotti devono essere prescritti dal medico curante, ferma restando l'esclusione per quelli relativi a fini estetici e dell'igiene personale.

L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica in originale o in copia riportante il nominativo dell'assicurato e la diagnosi, unitamente a regolare fattura a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati. Sarà comunque valida ai fini del rimborso l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia, unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

#### **Art. 4.6) Cure oncologiche**

La Società rimborsa le spese sostenute in regime ambulatoriale o day hospital per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica *fino a concorrenza del massimale indicato nel quadro sinottico da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa per persona o per nucleo familiare.*

Esaurito il massimale di cui al presente articolo, l'assicurato potrà chiedere il rimborso delle suddette prestazioni

entro i limiti ed alle condizioni tutte di cui alla Sezione 4 “Garanzie”.

#### **Art. 4.7) Cure dentarie da infortunio**

La Società rimborsa, a parziale deroga dell'art. 2.4 “Esclusioni” lett. k), le spese sostenute per cure e protesi dentarie esclusivamente dovute ad infortunio, *purché l'infortunio stesso sia documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso, fino a concorrenza del massimale indicato nel quadro sinottico, da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare assicurato.*

*Il rimborso viene effettuato previa applicazione dello scoperto sulle spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato, come indicato nel quadro sinottico. Nel caso in cui l'assicurato abbia fatto ricorso al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) il ticket viene rimborsato al 100%.*

#### **Art. 4.8) Lenti correttive**

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali (escluso il costo delle montature) *esclusivamente a seguito di certificazione medica, rilasciata da medico specialista o ottico optometrista regolarmente abilitato, per modifica visus o per prima prescrizione fino a concorrenza del massimale indicato nel quadro sinottico, da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa per persona.*

*Il rimborso viene effettuato previa applicazione di scoperto e franchigia sull'importo della fattura, come indicato nel sinottico.*

#### **Art. 4.9) Pacchetto maternità base**

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni in caso di stato di gravidanza debitamente certificato:

- n. 8 ecografie (compresa la morfologica)
- analisi clinico chimiche da protocollo
- alternativamente: Amniocentesi, Villocentesi o test equivalente (Harmony test)
- n. 8 visite di controllo ostetrico ginecologiche
- n.1 ecocardiografia fetale
- n.1 visita di controllo ginecologico post parto
- 2 visite urologiche
- un ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto
- 3 colloqui psicologici post parto

La garanzia è prestata fino ad un massimo di euro 2.000,00 *da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare.*

#### **Art. 4.10) Interventi chirurgici ad Alta Specializzazione**

In caso di ricovero che abbia comportato un Intervento Chirurgico tra quelli indicati nell'elenco di cui all'Allegato – Grandi Interventi chirurgici, il massimale della garanzia “Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche” deve intendersi elevato a quello *indicato nel quadro sinottico alla relativa voce, da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare.*

*Il rimborso viene effettuato previa applicazione di scoperto e franchigia per sinistro come indicato nel sinottico.*

Per il rimborso delle spese collegate e per il limite giornaliero della retta di degenza si rimanda alla disciplina prevista all'articolo 4.1 “Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche”.

### **5. GARANZIE AGGIUNTIVE**

#### **Art. 5.1) Cure e protesi dentarie**

La Società rimborsa, a deroga dell'art. 2.4 “Esclusioni” lett. K), le spese sostenute per cure dentarie *fino a concorrenza della somma assicurata indicata nel quadro sinottico, da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare.*

*Il rimborso viene effettuato con l'applicazione delle percentuali indicate nel sinottico. Nel caso in cui l'assicurato abbia fatto ricorso al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) il ticket viene rimborsato al 100%.*

#### **Art. 6) ESTENSIONE AL NUCLEO FAMILIARE**

Nel caso l'azienda abbia aderito alla copertura assicurativa per il solo dipendente, è data facoltà ai singoli assicurati di estendere la copertura al nucleo familiare pagando un premio aggiuntivo.

Nei confronti di questi assicurati opererà l'esclusione delle patologie pregresse relativamente all'area ricovero e per il parto la garanzia decorrerà dalle ore 24 del trecentesimo giorno successivo al giorno di effetto del contratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio la garanzia decorrerà dalle ore 24 del giorno di effetto del contratto a condizione che dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo tale data.

Tale carenza nei confronti di questi assicurati, non opererà per coloro che alla data di decorrenza della polizza, risultino già in copertura con polizza precedente.

Il premio lordo annuo aggiuntivo per ciascun nucleo è pari ad € 904,00.

Si precisa che i familiari dovranno essere inseriti alla decorrenza della copertura, infatti le inclusioni dei familiari in un momento successivo sono consentite unicamente nel caso di nuove assunzioni, *variazione dello stato di famiglia* per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite.

\*\*\*\*\*

GARANZIE	MASSIMALI ANNUO/NUCLEO
<b>Interventi chirurgici ad alta specializzazione</b>	<b>€ 400.000 Scoperto:</b> <i>in rete:</i> rimborso al 100% <i>fuori rete:</i> 15% e minimo € 500 <i>Ticket:</i> rimborso al 100%
<p><b>Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio:</b></p> <p>onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;</p> <p>assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;</p> <p>rette di degenza <b>fino al limite giornaliero di € 250;</b></p> <p>esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei <b>90 giorni</b> precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;</p> <p>esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei <b>120 giorni</b> successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;</p> <p>prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;</p> <p>vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il <b>limite giornaliero di € 60e</b> per una durata non superiore al ricovero, con un <b>massimo di giorni 30 per annualità assicurativa;</b></p> <p>trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, <b>col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero;</b></p> <p>trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e successivo ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), <b>col massimo di € 2.000 per intervento o ricovero.</b></p> <p><b>Ricovero, Day Hospital senza intervento chirurgico o prestazioni in regime ambulatoriale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;</li> <li>• esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei <b>90 giorni</b> precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;</li> <li>• rette di degenza <b>fino al limite giornaliero di € 250;</b></li> <li>• esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei <b>120 giorni</b> successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;</li> <li>• trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, <b>col massimo di € 1.100 per ricovero;</b></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>€ 200.000</b></p> <p style="text-align: center;">Scoperto:</p> <p style="text-align: center;"><i>in rete:</i> Rimborso al 100%</p> <p style="text-align: center;">intervento ambulatoriale rimborso al 100%</p> <p style="text-align: center;"><i>fuori rete:</i> 15% con franchigia min € 500</p> <p style="text-align: center;">intervento ambulatoriale 15% min €100</p> <p style="text-align: center;"><i>Ticket:</i> rimborso al 100%</p> <p style="text-align: center;"><i>Spese pre/post ricovero:</i> 10%</p>
<p><b>Parto naturale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;</li> <li>• l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero,</li> <li>• rette di degenza <b>fino al limite giornaliero di € 150;</b></li> <li>• trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, <b>col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero.</b></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>€ 3.000</b></p> <p style="text-align: center;">No scoperti/franchigie</p>

<p><b>Parto cesareo</b> onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ rette di degenza fino al limite giornaliero di € 250;</li> <li>➤ trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, <b>col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero.</b></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>€ 10.000</b> Scoperti e franchigie come area ricovero</p>
<p><b>Interventi per la correzione del vizio di rifrazione</b> Spese sostenute per interventi per la cura e/o l'eliminazione dei difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione / miopia, purché motivati da deficit visivo superiore alle 4 diottrie.</p>	<p style="text-align: center;"><b>€ 1.200 per occhio</b></p>
<p><b>Indennità sostitutiva</b> Rimborso integrale per ogni pernottamento in istituto di cura, al 50 % nel caso di Day Hospital.</p>	<p style="text-align: center;"><b>€ 100</b> Fino al massimo di 150 giorni per annualità assicurativa</p>
<p><b>Extraricovero</b> Amniocentesi (rimborsabile nei seguenti casi: - età dell'assicurata oltre i 35 anni; - familiarità dell'assicurata con malformazioni genetiche; - anomalie cromosomiche rilevate con test di screening (ecografici, biochimici ed ultra screen). Angiografia, Arteriografia, Cistografia, Coronarografia, Doppler, Ecocardiografia, Elettromiografia, Endoscopia Esame urodinamico completo, Holter, Isterosalpingografia Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC), Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), Scintigrafia, Tomografia ad emissione di positroni (PET), Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Urografia</p> <p>di cui</p> <p><b>Protesi ortopediche e apparecchi acustici</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>€ 5.000</b> <u>Scoperto:</u> in rete: 10% fuori rete: 25% Ticket: rimborso al 100%</p> <p style="text-align: center;">limitato a € 1.200</p>
<p><b>Visite specialistiche (escluse pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche), esami diagnostici e di laboratorio</b></p> <p><b>Trattamenti fisioterapici e riabilitativi (logopedia compresa)</b> I trattamenti devono essere prescritti da medico specialista e possono essere svolti o all'interno di un centro specializzato o eseguiti da persone iscritte al relativo Albo delle figure professionali riconosciute dagli elenchi delle Arti e Professioni sanitarie.</p> <p><b>Medicinali</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>€ 1.500</b> <u>Scoperto:</u> in rete: 10% fuori rete: 25%; Ticket: rimborso al 100%</p> <p style="text-align: center;"><u>Scoperto:</u> in rete: € 0 fuori rete: 15%; Ticket: rimborso al 100%</p> <p style="text-align: center;"><b>Sotto limite € 100</b></p>
<p><b>Cure oncologiche</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>€ 6.000</b></p>
<p><b>Cure dentarie da infortunio</b> Documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso</p>	<p style="text-align: center;"><b>€ 1.500</b> <u>Scoperto</u> 30% Ticket: rimborso al 100%</p>
<p><b>Lenti correttive (escluse montature) solo a seguito di modifica visus</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>€ 100 per persona</b> <u>Scoperto</u> 30%</p>

<p><b>Pacchetto maternità</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n. 8 ecografie (compresa la morfologica)</li> <li>• analisi clinico chimiche da protocollo</li> <li>• alternativamente: Amniocentesi, Villocentesi o test equivalente (Harmony test)</li> <li>• n. 8 visite di controllo ostetrico ginecologiche</li> <li>• n.1 ecocardiografia fetale</li> <li>• n.1 visita di controllo ginecologico post parto</li> <li>• 2 visite urologiche</li> <li>• un ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto 3 colloqui psicologici post parto</li> </ul>	<p><b>€ 2.000</b> <b>No scoperti/franchigie</b></p>
---	---

Prestazione	IN RETE	FUORI RETE
Visite	100%	0%
Igiene orale	100%	0%
Visita emergenza	100%	80%
Conservativa	100%	80%
Radiologia odontoiatrica	100%	80%
Chirurgia	100%	80%
Endodonzia	100%	80%
Paradontologia	100%	80%
Protesi	80%	60%
Ortognatodonzia	80%	60%
Implantologia	80%	60%
<b>Massimale annuo nucleo</b>	<b>1700</b>	