SOMMARIO

Nota Informativa:

- Glossario

Condizione di Assicurazione comprensive di:

- Glossario

1. Condizioni Generali di Assicurazione
2. Norme relative all'Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie
3. Norme operanti in caso di sinistro
4. OMISSIS
5. OMISSIS

- ALLEGATI

1) Elenco Interventi Chirurgici Plafonati
2) Grandi Interventi Chirurgici
3) Elenco Cliniche TOP
4) OMISSIS
5) OMISSIS

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

EXTRAP

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.
Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. OMISSIS

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
Il contratto di assicurazione ha una durata di 2 anni a partire dalle ore 00.00 del 01/01/2016 alle ore 24.00 del 31/12/2017 giorno della data di sottoscrizione dell'assicurazione e di pagamento del premio (vedi art. 1.2 "Decorrenza, pagamento e regolazione del premio" delle Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito anche CGA).
Il contratto non prevede il tacito rinnovo (vedi art. 1.4 "Durata del contratto" delle CGA).

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni
La copertura prevede il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per **Ospedaliere** (Ricoveri, ecc.) ed **Extraospedaliere,** ossia: Cure e diagnostica di alta specializzazione, test genetici prenatali non invasivi su DNA fetale, diagnostica ordinaria e visite specialistiche, fisioterapia e agopuntura, cure oncologiche, logopedia, disturbi specifici dell'apprendimento del minore (DSA), psicoterapia, protesi ortopediche ed acustiche, cure dentarie da infortunio, ticket (Servizio Sanitario Nazionale), prestazioni aggiuntive, lenti, denti, diagnosi comparativa; **Prestazioni Accessorie,** ossia: prestazioni in pronto soccorso, cura tossicodipendenti, anticipo spese sanitarie, assistenza infermieristica, rimpatrio salma, ospedalizzazione domiciliare, fecondazione eterologa, assistenza post parto, cure termali per minori, sindrome di down, neonati, **Area Prevenzione,** ossia: visite di controllo, vaccinazione antinfluenzale, prevenzione herpes zoster, controllo pediatrico (vedi Sezione 2 "Norme relative all'Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie" delle CGA).

In caso di ricovero nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale la copertura prevede il pagamento di un'indennità prestabilita per ogni giorno di ricovero come indicato in ogni singola opzione (vedi Sezione 2 "Norme relative all'Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie" delle CGA).

Avvertenza: la copertura, prevede esclusioni (vedi art. 2.7 "prevenzione Prestazioni escluse" delle CGA) e cause di non assicurabilità (vedi art. 2.9 "Limite di età" delle CGA).

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo per il totale degli indennizzi di ogni garanzia (vedi Sezione 2 "Norme relative all'Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie" delle CGA delle CGA). Ad esempio, qualora il massimale della garanzia "Cure e diagnostica di alta specializzazione" fosse di € 5.000,00 per nucleo familiare, il totale degli indennizzi in un anno non potrà superare tale importo.

Avvertenza: La copertura prevede franchigie e scoperti (vedi Sezione 2 "Norme relative all'Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie" delle CGA delle CGA). Ad esempio:

> ***Opzione Extra P:*** la garanzia "Cure e diagnostica di alta specializzazione" , prevede il rimborso nel caso in cui l'Assistito/Assicurato utilizzi strutture sanitarie e personale convenzionato; a fronte di una spesa per TAC pari ad euro 150,00, il solo importo che rimarrà a carico dell'Assistito/Assicurato ammonta ad euro 10,00 .

Avvertenza: sono previsti limiti massimi di età assicurabile (vedi art. 2.9 "Limite di età" delle CGA).

4. Periodi di carenza contrattuali
La polizza non prevede periodi di carenza .

MOD.AP NI -0877 – 01/2016

EXTRA P

5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario - Nullità
Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario.
Non sono previste cause di nullità.

6. OMISSIS

7. OMISSIS

8. OMISSIS

9. OMISSIS

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto (art. 2952 del Codice Civile)
Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.
Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e si prescrivono in due anni dal giorno in cui si e' verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

11. Legge applicabile al contratto
Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

12. Regime fiscale
Il premi sono sottoposti a tassa del 2,50%.
Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo
Avvertenza: la data del sinistro è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio; in caso di prestazioni extraospedaliere, la data del sinistro è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.
Il sinistro deve essere denunciato per iscritto alla Società non appena l'assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità; la Compagnia può richiedere che l'assicurato sia visitato da un proprio fiduciario (vedi art. 3.1 "Oneri in caso di sinistro" delle CGA)
Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta e rimborsuale è indicata in apposita Guida (vedi Allegato n.4 "Guida alle prestazioni sanitarie – Regime di assistenza diretta e regime rimborsuale").

14. Assistenza diretta - Convenzioni
Avvertenza: la copertura è prestata anche in forma diretta tramite istituti di cura e medici convenzionati (vedi art. 3.1 "Oneri in caso di sinistro" delle CGA). Per ricevere le prestazioni in tale regime di assistenza, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa Pmed per ottenere l'autorizzazione.
Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta è indicata in apposita Guida (vedi Allegato n.4 "Guida alle prestazioni sanitarie – Regime di assistenza diretta e regime rimborsuale").
Si rinvia al sito *www.unica.previmedical.it/* area iscritto per l'elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati.

15. Reclami
Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto a RBM Salute S.p.A. – Servizio Clienti – Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) – loc. Borgo Verde, oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica *reclami@rbmsalute.it* utilizzando il fac-simile disponibile sul sito *www.rbmsalute.it*, nella sezione dedicata ai reclami.
RBM Salute provvederà ad inviare risposta al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione dello stesso.
Qualora l'esponente non fosse soddisfatto della risposta ricevuta, o non ricevesse risposta entro i 45 giorni dalla presentazione del reclamo, prima di interessare l'Autorità giudiziaria potrà:

EXTRA P

- rivolgersi all'IVASS, utilizzando il fac-simile di lettera disponibile sul sito dell'Autorità di Vigilanza, al seguente link:
- http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F2180/Allegato2_Guida%20ai%20reclami.pdf
- avvalersi della procedura di mediazione[1] obbligatoria ai sensi del D. Lgs. n. 28/2010 per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi ad un Organismo di Mediazione – a sua libera scelta - accreditato presso il Ministero della Giustizia;
- avvalersi degli altri sistemi alternativi vigenti per la risoluzione delle controversie.

Resta salva, in ogni, caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.
In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.
Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente individuabile accedendo al sito Internet http://www.ec.europa.eu/fin-net chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.
L'Assistito/Assicurato ha altresì la facoltà di attivare la procedura reclami interna adottata dalla Contraente.

Nel caso di controversia promossa nei confronti di Uni.C.A. – Cassa di Assistenza da un assicurato nei confronti del quale la Società abbia ritenuto non dovuto l'indennizzo in base alle condizioni delle garanzie prestate con la presente polizza, la Società, su richiesta di Uni.C.A. – Cassa di Assistenza, si impegna ad assumere la gestione della lite per suo conto, in sede sia stragiudiziale che giudiziale, sostenendone tutti gli oneri e tenendo a proprio carico l'indennizzo oltre a spese, competenze e quant'altro dovuto per sentenza, ove l'esito della controversia risultasse dovuto.

16. Arbitrato
Non è prevista alcuna forma di arbitrato; per la risoluzione delle controversie relative al presente contratto o comunque ad esso connesse le Parti possono ricorrere alla Mediazione ex D.lgs. 28/2010 ss.mm.ii. o alla procedura "Reclami" di cui al precedente articolo, ultimo comma, o adire l'Autorità Giudiziaria competente, previo esperimento del tentativo di mediazione richiesto come condizione di procedibilità ai sensi di legge.
Per i dettagli si rinvia all'art. 1.10 "Controversie" delle CGA.

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

RBM Salute S.p.A.

[1] In base alla vigente normativa, chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa ad una controversia in materia di contratti assicurativi, è tenuto preliminarmente a esperire il procedimento di mediazione. L'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

GLOSSARIO

Società	RBM Salute S.p.A..
Contraente	Uni.C.A. Cassa Assistenza, iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari.
Assistito/Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente.
Indennizzo o indennità	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro per il tramite della Contraente.
Struttura sanitaria	Ogni Casa di cura, Istituto, Azienda ospedaliera in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera.
Struttura sanitaria convenzionata	Ogni Casa di cura, Istituto, Azienda ospedaliera - come sopra definita – rientrante nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A.
Équipe operatoria	Il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento.
Équipe operatoria convenzionata	Ogni équipe operatoria - come sopra definita - rientrante nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A.
Assistenza Infermieristica	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma.
Ricovero	La degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.
Day Hospital	Il ricovero in Istituto di cura che di norma si esaurisce in giornata a seguito di terapie mediche o prestazioni chirurgiche.
Intervento chirurgico ambulatoriale	L'intervento di chirurgia effettuato senza ricovero.
Plafond	L'importo massimo indennizzabile dalla Società, in caso di intervento chirurgico riportato nella Tabella "Elenco interventi chiurgici plafonati".
Franchigia	Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico del l'Assicurato. Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assicurato.
Ingessatura	Mezzo di contenzione, fisso e rigido, formato da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio che immobilizza completamente un'articolazione o un segmento scheletrico e che non può essere rimosso autonomamente.

EXTRA P

Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia oncologica	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.
Nucleo familiare	L'intero nucleo familiare così come definito all'art. 2.1 "Persone assicurabili" delle Condizioni Generali di Assicurazione (di seguito anche CGA).
Cartella Clinica:	documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera(S.D.O.).
Cassa/Fondo:	Uni.C.A Cassa Assistenza, con sede in Via San Protaso n. 1, CAP 20121 – MILANO C.F. 97450030156, soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
Centro Medico:	struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.
Protesi acustica(Apparecchio acustico):	è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica .
Protesi ortopediche:	sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).
Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi:	prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, 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.
Visita Specialistica:	la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale.
Centro Autorizzato Previmedical:	centro appartenente alla Rete di strutture convenzionate aderente a specifiche iniziative promozionali di RBM Salute. L'elenco dei Centri Autorizzati RBM Salute è consultabile sul sito internet www.rbmsalute.it.

EXTRA P

Forma diretta/in Rete: prestazioni presso strutture/specialisti rientranti nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A. con pagamento diretto da parte della Società alle strutture/specialisti convenzionati degli importi dovuti per le prestazioni ricevute dagli Assistiti.

Forma indiretta/fuori Rete: prestazioni presso strutture/specialisti non rientranti nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A. ovvero presso strutture/specialisti rientranti nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A., ma senza che gli Assistiti abbiano seguito le modalità richieste per l'accesso alle prestazioni in Rete.

EXTRA P

Polizza Rimborso Spese Mediche da Malattia e da Infortunio

Condizioni di Assicurazione

EXTRA P

MOD.AP CGA0877 – 01/2016

GLOSSARIO

Società	RBM Salute S.p.A.
Contraente	Uni.C.A. Cassa Assistenza, iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari.
Assistito/Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente.
Indennizzo o indennità	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro per il tramite della Contraente.
Struttura sanitaria	Ogni Casa di cura, Istituto, Azienda ospedaliera in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera.
Struttura sanitaria convenzionata	Ogni Casa di cura, Istituto, Azienda ospedaliera - come sopra definita – rientrante nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A.
Équipe operatoria	Il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento.
Équipe operatoria convenzionata	Ogni équipe operatoria - come sopra definita - rientrante nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A.
Assistenza Infermieristica	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma.
Ricovero	La degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.
Day Hospital	Il ricovero in Istituto di cura che si esaurisce in giornata a seguito di terapie mediche o prestazioni chirurgiche.
Intervento chirurgico ambulatoriale	L'intervento di chirurgia effettuato senza ricovero.
Plafond	L'importo massimo indennizzabile dalla Società, in caso di intervento chirurgico riportato nella Tabella "Elenco interventi chiurgici plafonati".
Franchigia	Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico del l'Assicurato. Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assicurato.
Ingessatura	Mezzo di contenzione, fisso e rigido, formato da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio che immobilizza completamente un'articolazione o un segmento scheletrico e che non può essere rimosso autonomamente.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia oncologica 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.

Nucleo familiare L'intero nucleo familiare così come definito all'art. 2.1 "Persone assicurabili" delle Condizioni Generali di Assicurazione (di seguito anche CGA).

Cartella Clinica: documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera(S.D.O.).

Cassa/Fondo: Uni.C.A Cassa Assistenza, con sede in Via San Protaso n. 1, CAP 20121 – MILANO C.F. 97450030156, soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Centro Medico: struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.

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

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

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, 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.

Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale

Centro Autorizzato Previmedical: centro appartenente alla Rete di strutture convenzionate aderente a specifiche iniziative promozionali di RBM Salute. L'elenco dei Centri Autorizzati RBM Salute è consultabile sul sito internet www.rbmsalute.it.

Forma diretta/in Rete: prestazioni presso strutture/specialisti rientranti nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A. con pagamento diretto da parte della Società alle strutture/specialisti convenzionati degli importi dovuti per le prestazioni ricevute dagli Assistiti.

EXTRAP

Forma indiretta/fuori Rete: prestazioni presso strutture/specialisti non rientranti nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A. ovvero presso strutture/specialisti rientranti nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A., ma senza che gli Assistiti abbiano seguito le modalità richieste per l'accesso alle prestazioni in Rete.

EXTRA P

1 CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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 stessa 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 insolute, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Art. 1.2 – OMISSIS

Art. 1.3 – OMISSIS

Art. 1.4 – OMISSIS

Art. 1.5 – OMISSIS

Art. 1.5 BIS – Obblighi di consegna documentale a carico del Contraente

Prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il Contraente ha l'obbligo di mettere a disposizione , anche tramite tecniche di comunicazione a distanza, all'Assistito/Assicurato i seguenti documenti:

a) Richiesta di adesione,

b) Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati personali),

c) Condizioni di Assicurazione.

Una copia della Richiesta di Adesione e dell'Informativa Privacy, entrambe sottoscritte dall'Assistito/Assicurato, dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente alla Società qualora questa ne faccia richiesta.

Art. 1.5 TER – OMISSIS

Art. 1.6 – Adesione alla copertura – Variazione degli Assicurati

L'assicurazione è prestata per gli assicurati che la Contraente dovrà indicare entro il 30/04.

Trascorsi tali termini non saranno possibili variazioni di assicurati, salve le eccezioni di seguito indicate.

1) Inclusione in corso d'anno

L'inclusione successiva alle date sopraindicate è permessa solamente nei seguenti casi:

a) nascita, adozione o affidamento di un figlio;

EXTRA P

b) matrimonio;

c) insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare;

d) esclusione di un familiare da altra copertura per il rimborso delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro.

In tali casi, l'assicurazione è operante dalle ore 24 della data dell'evento risultante da certificazione anagrafica e purchè comunicata alla Società entro 90 giorni dalla predetta data, mediante comunicazione scritta da inoltrare alla Società.

Per le inclusioni effettuate nel corso del periodo assicurativo e che comportano il pagamento di un premio, lo stesso sarà calcolato nella misura del:

- 100% del premio annuo, se l'inclusione avviene nel primo semestre assicurativo;
- 60% del premio annuo se l'inclusione avviene nel secondo semestre assicurativo.

2) Cessazione della copertura in corso d'anno

La cessazione della copertura prima della sua naturale scadenza del 31.12.2017, è possibile solamente al verificarsi dei seguenti eventi:

a) decesso del titolare;

b) divorzio/separazione con sentenza per il coniuge del titolare;

c) venir meno della convivenza per il convivente more uxorio e/o il familiare fiscalmente non a carico;

d) adesione di un familiare ad una copertura per il rimborso delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro;

e) raggiungimento dell'85° anno di età, salva la possibilità di mantenere la copertura nei termini previsti

dall'art. 2.9 "Limite di età" delle CGA;

Nei casi ai punti b), c), d), e e) l'assicurazione cesserà la sua validità alla prima scadenza annuale successiva al verificarsi dell'evento.

Nel caso di decesso del titolare, gli eventuali familiari assicurati rimarranno in copertura sino alla prima scadenza annuale successiva all'evento

Per tutti i casi sopramenzionati, non si procederà ad alcun rimborso del premio.

3) Variazione della copertura in corso d'anno

Possono verificarsi durante la validità della copertura, le seguenti variazioni:

a) gestione dei carichi fiscali

La comunicazione del carico fiscale in ciascun anno di copertura dovrà essere effettuata dall'Assistito/Assicurato sulla base della situazione reddituale del proprio familiare consolidata nell'annualità precedente. Pertanto, eventuali variazioni della situazione reddituale del familiare dell'assicurato in corso d'anno non avranno effetto sulla determinazione del premio per l'annualità in corso ma costituiranno esclusivamente la base per la determinazione del premio nell'annualità successiva.

Art. 1.7 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.8 - Rinvio alla legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.

Resta inteso che qualora dovessero intervenire modifiche legislative tali da dover modificare le condizioni contrattuali, le Parti si riuniranno per definire i nuovi termini di assicurazione.

EXTRA P

Art. 1.9 - Foro competente

Ferma la facoltà delle Parti di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente Contratto l'Autorità Giudiziaria competente viene così individuata:

- Per ogni controversia tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria ove ha sede la Contraente.

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

Art. 1.10 - Controversie

Ai sensi del D.lgs. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, qualsiasi controversia relativa al presente contratto o comunque ad esso connessa - comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - deve essere preliminarmente sottoposta a procedimento di mediazione innanzi ad un Organismo di Mediazione iscritto nell'apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia e che abbia sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, le Parti saranno libere di ricorrere alla procedura "Reclami" (vedi art.15 "Reclami" della Nota Informativa, ultimo comma) adottata dalla Contraente o di adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto, individuata secondo le previsioni dell'art. 1.9 "Foro competente" delle CGA.

2 - NORME RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE

Art. 2.1 – Persone assicurabili

L'Assicurazione è prestata a favore del personale in quiescenza del Gruppo UniCredit, purché detto personale sia iscritto a Uni.C.A.

L'Assicurazione opera anche nei confronti dei familiari di seguito specificati:

- in via automatica, per il coniuge e i figli fiscalmente a carico;
- con versamento del relativo premio per:

1) il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente "more uxorio" (quest'ultimo purché risultante dallo stato di famiglia);
2) i figli non fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia;
3) ogni altro familiare convivente risultante da stato di familglia
4) i figli fiscalmente non a carico e non conviventi, di età non superiore a 35 anni, non coniugati e non conviventi more uxorio (con limite di reddito complessivo di € 26.000 annui lordi).

Nei casi 1), 2) e 3) l'inclusione dovrà riguardare tutti i soggetti risultanti dallo stato di famiglia (salvo i soggetti già fruenti di altra forma di assistenza sanitaria predisposta dal proprio datore di lavoro per i quali venga chiesta l'esenzione dal predetto obbligo).

Il coniuge, anche legalmente ed effettivamente separato, può essere sempre incluso in garanzia, pur se con domicilio e/o residenza diversi dal titolare assicurato.

Nel caso in cui gli Assicurati aderiscano alla presente assicurazione in corso di validità del contratto - purchè espressamente consentito dalle Condizioni di Assicurazione (ad esempio: matrimonio, nuove nascite, ecc.), è operante il massimale annuo previsto per ciascun nucleo familiare.

EXTRAP

L'Assicurazione è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assicurato ;
- senza limitazioni territoriali;

sino al termine dell'annualità (31 dicembre) in cui è avvenuto il compimento del 85° anno di età dell'Assicurato, salvo quanto stabilito dall'art. 2.9 "Limite di età" delle CGA.

Art. 2.2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società garantisce le prestazioni di seguito indicate, purchè conseguenti ad infortunio, malattia o parto, indennizzabili a termini di contratto per le spese sostenute dall'Assistito/Assicurato, direttamente o indirettamente (in rete convenzionata o in applicazione del regime rimborsuale) aderente al Piano Sanitario collettivo EXTRA P.

OPZIONE EXTRA P

Art. 2.3 – AREA RICOVERI

La Società garantisce il pagamento diretto o il rimborso delle prestazioni di seguito indicate, fino a concorrenza della somma complessiva di **€ 500.000,00** per nucleo familiare e per anno assicurativo. Ferma l'applicazione di eventuali scoperti o franchigie previsti dalle singole prestazioni.

La Società, in caso di intervento chirurgico riportato nella specifica Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati" rimborsa le spese ivi sostenute fino a concorrenza delle somme indicate nella precitata Tabella, previa applicazione dello scoperto o franchigia eventualmente previsti.

I sottolimiti di rimborso di cui alla Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati", sono riferiti, esclusivamente, alle spese sostenute durante il periodo di ricovero comportante l'intervento chirurgico. Gli eventuali scoperti o franchigie previsti per le singole prestazioni saranno applicati una sola volta sull'ammontare complessivo delle spese sostenute per il ricovero con intervento chirurgico, considerando tali: la spesa sostenuta per il ricovero, e le eventuali prestazioni

sanitarie sostenute precedentemente e successivamente l'intervento chiurgico nei termini previsti dal presente art. 2.3 "Area ricoveri" delle CGA.

Nel caso in cui il ricovero contempli più di un intervento chirurgico individuabile nella Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati", la Società corrisponderà l'indennizzo al 100% fino a concorrenza dell'importo plafonato per l'intervento principale (così definito dal chirurgo) e al 70% fino a concorrenza degli importi plafonati relativi agli interventi chirurgici secondari, ferma l'applicazione dello scoperto o franchigia eventualmente previsti.

A- PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI EFFETTUATI IN ISTITUTO DI CURA

1) <u>In caso di **ricovero che comporti intervento chirurgico**, vengono rimborsate le spese relative a:</u>

1.1. onorari équipe medica, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito/Assicurato, relativi al periodo di ricovero che comporti intervento chirurgico;

1.2. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

1.3. rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di € 300,00 giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati non in forma indiretta. Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;

1.4. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100gg. precedenti il ricovero;

1.5. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

1.6. le prestazioni finalizzate al recupero della salute trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

1.7. assistenza infermieristica privata individuale;

1.8. In caso di trapianto, si intendono ricomprese le spese sostenute a fronte di espianto da donatore.

2) In caso di **ricovero che non comporti intervento chirurgico,** vengono rimborsate le spese relative a:

2.1 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero

2.2 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di € 300,00 giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati non in forma indiretta. Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;

2.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100gg. precedenti il ricovero;

2.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

2.5 assistenza infermieristica privata individuale, fino a concorrenza di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per evento, in caso di ricovero senza intervento chirurgico.

3) In caso di **ricovero in regime di Day Hospital che comporti intervento chirurgico**, vengono rimborsate le spese relative a:

3.1 onorari équipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi – necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assistito/Assicurato.

3.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

3.3 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di € 250,00 giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati non in forma indiretta. Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;

3.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100gg. precedenti il ricovero;

3.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

3.6 le prestazioni finalizzate al recupero della salute qualitrattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

EXTRA P

3.7 assistenza infermieristica privata individuale.

4) In caso di **ricovero in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico**, vengono rimborsate le spese relative a:

4.1 l'assistenza medica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

4.2 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di € 250,00 giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati non in forma indiretta. Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;

4.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100gg. precedenti il ricovero;

4.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute, quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei100gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

5) In caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, vengono rimborsate le spese relative a:

5.1 gli onorari équipe, gli eventuali diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;

5.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, le prestazioni finalizzate al recupero della salute i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto concomitante con l'intervento;

5.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100gg. precedenti l'intervento;

5.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100gg. successivi al termine dell'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento stesso;

5.5 trattamenti fisioterapici e rieducativi nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute, effettuati nei 120gg. successivi al termine dell'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento stesso;

6) In caso **di parto cesareo/aborto terapeutico**, vengono rimborsate le spese relative a:

6.1 onorari équipe, i diritti di sala parto, il materiale di intervento;

6.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

6.3 rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

6.4 retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato). Le prestazioni vengono rimborsate nel sub-limite di € 1.000,00 per anno e per nucleo

6.5 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100gg. precedenti il ricovero;

6.6 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali le cure effettuati nei 100gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

6.7 le prestazioni finalizzate al recupero della salute trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo

Le spese di cui ai punti 6.1, 6.2, 6.3 e 6.4 vengono rimborsate nel limite massimo di € 9.000,00 per nucleo e per anno.

EXTRAP

7) In caso di **parto fisiologico**, vengono rimborsate le spese relative a:

7.1 onorari équipe, i diritti di sala parto;

7.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

7.3 rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

7.4 retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato). Le prestazioni vengono rimborsate nel sub-limite di € 1.000,00 per nucleo e per anno

7.5 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 gg. precedenti il ricovero;

7.6 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure effettuate nei 100gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dal parto.

Le spese di cui ai punti 7.1, 7.2, 7.3 e 7.4 vengono rimborsate nel limite massimo di € 6.000,00 per nucleo e per anno.

8) In caso di **intervento chirurgico odontoiatrico** (osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o della mascella, cisti follicolari o radicolari, adamantinoma e odontoma), vengono rimborsate le spese relative a:

8.1 onorari medico specialista, implantologia dentale, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto relativo all'intervento;

8.2 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100gg. precedenti l'intervento;

8.3 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di € 300,00 giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati non in forma indiretta (l'importo si riduce a € 250,00 giornaliere. in caso di ricovero in regime di Day Hospital). Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie.

8.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure, effettuate nei 100gg. successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

Le spese di cui ai punti 8.1, 8.2, 8.3 e 8.4, vengono rimborsate nel limite massimo di € 10.000,00 per nucleo e per anno .

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;

- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o della mascella

9) In caso di **miopia** con differenziale tra gli occhi superiore a 4 diottrie (purchè non causato da precedente intervento correttivo) o difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore a 8 diottrie, vengono rimborsate le spese relative a:

9.1 intervento di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser ad eccimeri, onorari équipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;

9.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

9.3 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di € 300,00 giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta (€ 250,00 giornaliere in caso di ricovero in regime di Day Hospital);

Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

EXTRAP

9.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100gg. precedenti l'intervento;

9.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche effettuate nei 100gg. successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo

10) In caso di **intervento chirurgico a scopo ricostruttivo** a seguito di mastectomia o quadrantectomia per il relativo intervento di adeguamento contro laterale, compreso il supporto psicologico, vengono rimborsate le spese relative a:

10.1 onorari équipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assistito/ Assicurato;

10.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

10.3 rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

10.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 90 gg. precedenti il ricovero;

10.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 90 gg.. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Le spese di cui ai punti 10.1, 10.2, 10.3, 10.4 e 10.5 vengono rimborsate nel limite massimo di euro 5.000,00 per nucleo e per anno.

B- SCOPERTO

Il pagamento delle spese di cui alla precedente lett. A avviene con le seguenti modalità.

Ricoveri effettuati in forma diretta

Le spese relative alle prestazioni sostenute durante il ricovero vengono corrisposte dalla Società direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata, senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto a carico dell'Assistito/Assicurato per le prestazioni di cui alla lettera A punti da 1) a 9).

Nessuno scoperto viene applicato per le prestazioni sanitarie precedenti e successive al ricovero, ove previste, pur se effettuate non in regime di convenzione diretta.

Nessuno scoperto né franchigia viene applicato in caso di intervento chirurgico compreso nell'"Elenco grandi interventi chirurgici". Tuttavia, laddove i predetti grandi interventi chirurgici vengano effettuati in forma indiretta nelle strutture sanitarie indicate nell'"Elenco cliniche TOP", ma con equipe operatorie non convenzionate, si applicano comunque gli scoperti e/o le franchigie previsti al successivo paragrafo "Ricoveri effettuati in forma indiretta".

Ricoveri effettuati in forma indiretta

La liquidazione avverrà con le seguenti modalità:

lettera A punto 1) e 2): applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo di € 1.500,00 per ricovero;

lettera A punto 3) e 4) e 9): applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo di € 1.000,00 per ricovero;

lettera A punto 5): applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo di € 500,00 per intervento;

lettera A punti 6) e 7): non viene applicato alcuno scoperto;

lettera A punti 8) e 10): applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo di € 1.000,00 per intervento.

Nessuno scoperto né franchigia viene applicato in caso di intervento chirurgico compreso nell'"Elenco grandi interventi chirurgici". Tuttavia, laddove i predetti grandi interventi chirurgici vengano effettuati in forma indiretta nelle strutture sanitarie indicate nell'"Elenco cliniche TOP", ma con equipe operatorie non convenzionate, si applicano comunque gli scoperti e/o le franchigie previsti al presente paragrafo.

EXTRA P

Ricoveri effettuati in forma indiretta nelle strutture sanitarie convenzionate (escluse quelle indicate nell'"Elenco Cliniche TOP") e con équipes operatorie convenzionate (a partire dal 1 luglio 2016)

La liquidazione avverrrà pertanto con le seguenti modaliltà:

lettera A punto 1) e 2): applicazione di uno scoperto del 15% con un minimo di euro 2.250,00 per ricovero;

lettera A punto 3), 4) e 9): applicazione di uno scoperto del 15% con un minimo di euro 1.500,00 per ricovero;

lettera A punto 5): applicazione di uno scoperto del 15% con un minimo di euro 750,00 per intervento;

lettera A punti 6) e 7): non viene applicato alcuno scoperto;

lettera A punti 8) e 10): applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di euro 1.500,00 per intervento.

Ricoveri effettuati in forma indiretta nelle strutture sanitarie convenzionate indicate nell'"Elenco Cliniche TOP" e con équipes operatorie convenzionate, anche in caso di intervento chirurgico compreso nell'"Elenco grandi interventi chirurgici"

La liquidazione avverrrà pertanto con le seguenti modaliltà:

lettera A punto 1) e 2): applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo di euro 3.000,00 per ricovero;

lettera A punto 3), 4) e 9): applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo di euro 2.000,00 per ricovero;

lettera A punto 5): applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo di euro 1.000,00 per intervento;

lettera A punti 6) e 7): non viene applicato alcuno scoperto;

lettera A punti 8) e 10): applicazione di uno scoperto del 40% con un minimo di euro 2.000,00 per intervento.

C- SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Con riferimento al solo ricovero, qualora le prestazioni disciplinate nella precedente lettera A (fatta eccezione per quelle di cui al punto 5) siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale quello comprendente il pernottamento) per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi pari a:

- € 100,00 giornalieri per i ricoveri con o senza intervento chirurgico;

- € 120,00 giornalieri in caso di Grande Intervento Chirurgico.

Nei casi di ricovero in regime di Day Hospital, che si sia esaurito in giornata, viene corrisposta un'indennità sostitutiva pari a:

- € 50,00 giornalieri per i ricoveri con o senza intervento chirurgico

La Società rimborserà in ogni caso le prestazioni sostenute precedentemente e successivamente il ricovero – indennizzabili a termini di contratto - nel rispetto di quanto disposto alla precedente lettera A, punti 1), 2), 3), 4), 6), 7) 8) e 9), senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Qualora il ricovero avvenga in regime di intramoenia le spese sostenute vengono rimborsate secondo quanto indicato alla lettera A, con l'applicazione degli scoperti di cui alle voci relative ai ricoveri effettuati in forma indiretta.

D- ACCOMPAGNATORE

Con riferimento alle prestazioni di cui alla lettera A, punti 1), 2), 3), 4), 5) 6),7) e 10) vengono altresì rimborsate le spese relative a vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera e le spese di trasporto per un accompagnatore dell'Assicurato, con il limite giornaliero di € 80,00 (IVA compresa) e con un massimo di 90gg per nucleo e per anno.

In caso di Grande Intervento chirurgico (quale ricompreso nell'elenco allegato) con il limite giornaliero di € 180,00 (IVA compresa) e con un massimo di 90gg per nucleo e per anno

EXTRA P

E- TRASPORTO SANITARIO

Sono rimborsate le spese di 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 anche non sanitario qualora l'Assicurato si trovi all'estero. In quest'ultimo caso, qualora venga utilizzata un'auto propria, sono rimborsate le spese sostenute per pedaggi e consumo di carburante contro presentazione dei relativi giustificativi di spesa.

Il rimborso delle spese sostenute a questo titolo avviene entro il limite di € 3.000,00 per nucleo e per anno.

La presente prestazione è rimborsata limitatamente ai casi disciplinati alle precedenti lettera A (esclusi i punti 5) e 8) 9) e C.

Art. 2.4 – AREA PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE SPECIALISTICHE E/O AMBULATORIALI

A.1 CURE E DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società rimborsa, entro il limite massimo di € 7.500,00 per nucleo e per anno, 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
- Cisternografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia

EXTRA P

- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

Terapie attinenti patologie oncologiche

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia

Terapie

- Alcoolizzazione
- Dialisi
- Laserterapia (esclusa se effettuata a fini chirurgici e riabilitativi; per quest'ultimi, è comunque compresa quella effettuata per patologie in forma acuta entro il limite massimo di 18 sedute)

Accertamenti endoscopici

- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastroscopia
- Rettoscopia

La presente garanzia è operante anche nel caso in cui l'accertamento endoscopico richieda, contestualmente – a completamento dell'analisi – prelievo bioptico.

Mentre gli interventi effettuati tramite endoscopia saranno rimborsati esclusivamente nell'ambito e nei termini previsti per gli "interventi chirurgici ambulatoriali".

A.2 TEST GENETICI PRENATALI NON INVASIVI SU DNA FETALE

La Società rimborsa, entro il limite per nucleo e per anno di cui alla lettera A.1, le spese sostenute per test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il 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 (es. Harmony test, Prenatal Safe, ecc.).

B. DIAGNOSTICA ORDINARIA, VISITE SPECIALISTICHE, FISIOTERAPIA E AGOPUNTURA

La Società rimborsa inoltre fino a concorrenza di € 5.500,00 per nucleo e per anno:

1. analisi ed esami diagnostici, con esclusione di quelli elencati alla lettera A del presente art. 2.4 "Area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali" delle CGA e degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da infortunio. In quest'ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati

EXTRA P

purchè conseguenti ad infortunio, documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero e lo stesso sia occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione dell'accertamento;

2. onorari medici per visite specialistiche, con esclusione di quelle pediatriche di controllo e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da infortunio. In quest'ultimo caso, le predette visite vengono rimborsate purchè conseguenti ad infortunio, documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero e lo stesso sia occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione della visita;
3. le spese per fisioterapia esclusivamente presso Centri Medici, effettuata da medico specialista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo a seguito di:
   - infortunio, documentato da certificato di Pronto Soccorso ospedaliero ed occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione della prestazione fisioterapica;
   - ictus cerebrale;
   - neoplasie;
   - forme neurologiche degenerative, neuromiopatiche, omeoblastiche
   - a seguito di interventi cardiochirurgici, di chirurgia toracica e amputazione di arti

Nei soli casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un Centro Medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo.

4. le spese sostenute per agopuntura prescritta da medico ASL o medico specialista e praticata da medico. Ai fini del rimborso delle visite specialistiche soprariportate, tali prestazioni devono essere effettuate da medico con specializzazione attinente alla patologia denunciata.

Le prestazioni di cui alle precedenti lettere A.1, A.2 e B (punti 1 e 2) vengono rimborsate dietro prescrizione medica o specialistica con l'applicazione di:

- una franchigia di € 10,00 per fattura (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e purché relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto 20% con il minimo di € 60,00 per fattura (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se non effettuate in strutture sanitarie convenzionate.
- uno scoperto 30% con il minimo di € 90,00 per fattura (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta (a partire dal 1 luglio 2016);
- uno scoperto 40% con il minimo di € 120,00 per fattura (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'"Elenco Cliniche TOP" senza attivazione della forma diretta (a partire dal 1 luglio 2016).

Le prestazioni di cui alla lettera B (punto 3) vengono rimborsate dietro prescrizione medica o specialistica:

- con applicazione di una franchigia di € 40,00 per ciclo di cura se effettuate strutture sanitarie convenzionate;
- con applicazione di uno scoperto del 20%, minimo € 60 per ciclo di cura, se non effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto 30% con il minimo di € 90,00 per ciclo di cura (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta (a partire dal 1 luglio 2016);
- uno scoperto 40% con il minimo di € 120,00 per ciclo di cura (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'"Elenco Cliniche TOP" senza attivazione della forma diretta (a partire dal 1 luglio 2016

Le prestazioni di cui alla lettera B (punto 4) vengono rimborsate con applicazione di uno scoperto del 20%, minimo € 40 per fattura, sia in rete che fuori rete.

EXTRAP

C. CURE ONCOLOGICHE

La Società rimborsa, fino a concorrenza di € 12.000,00 per nucleo e per anno, le prestazioni legate a patologie oncologiche sostenute per:

- assistenza infermieristica domiciliare;
- chemioterapia;
- radioterapia;
- altre terapie finalizzate alle cure oncologiche;
- visite specialistiche.

Ai fini del rimborso delle terapie e visite specialistiche soprariportate, tali prestazioni devono essere effettuate da medico con specializzazione attinente alla patologia denunciata.

Qualora le suindicate prestazioni siano contemplate anche nelle precedenti lettere A e B del presente art. 2.4 "Area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali" delle CGA, in caso di rimborso delle prestazioni, si procederà – in primo luogo – ad erogare il massimale previsto per la presente garanzia "Cure oncologiche". Ad esaurimento del predetto massimale, verrà utilizzato quello previsto per le suddette lettere A e B.

D. LOGOPEDIA

La Società rimborsa, fino a concorrenza di € 1.000,00 per nucleo e per anno, le spese sostenute per logopedia a seguito di infortunio (documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero ed occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione della logopedia) o di malattia, purchè effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate dietro prescrizione medica o specialistica e con applicazioni di:

- una franchigia di € 40,00 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto del 20% con il minimo di € 60,00 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie non

convenzionate.

- uno scoperto 30% con il minimo di € 90,00 per fattura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta (a partire dal 1 luglio 2016);
- uno scoperto 40% con il minimo di € 120,00 per fattura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'"Elenco Cliniche TOP" senza attivazione della forma diretta (a partire dal 1 luglio 2016).

E. DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO DEL MINORE (DSA)

La Società rimborsa, fino a concorrenza di € 1.500,00 per nucleo e per anno in caso di quoziente intellettivo (di seguito anche QI) inferiore a 70 oppure fino a concorrenza di € 500,00 per nucleo e per anno in caso di QI compreso tra 70 e 85, le spese sostenute per il trattamento e le cure dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) a condizione che la diagnosi e il calcolo del QI siano certificati da medico specialista in neuropsichiatria infantile del Servizio Sanitario Nazionale.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate dietro prescrizione medica o specialistica e con applicazione di:

- una franchigia di € 40,00 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto del 20% con il minimo di € 60,00 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie non convenzionate;
- uno scoperto 30% con il minimo di € 90,00 per fattura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta (a partire dal 1 luglio 2016);
- uno scoperto 40% con il minimo di € 120,00 per fattura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'"Elenco Cliniche TOP" senza attivazione della forma diretta (a partire dal 1 luglio 2016).

EXTRA P

F. PSICOTERAPIA

La Società rimborsa, fino a concorrenza di € 1.000 per anno e nucleo, le spese sostenute per prestazioni di psicoterapia prescritte da medico ASL o specialista, con applicazione di uno scoperto del 50% del costo sostenuto e documentato, sia in rete che fuori rete.

G. PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa, fino a concorrenza di € 3.000,00 per nucleo e per anno, le spese per acquisto, riparazione e sostituzione di protesi ortopediche ed acustiche.

Il rimborso è inoltre esteso a quanto di seguito elencato, con applicazione di uno scoperto del 30%, minimo e 50 per fattura:

- Presidi ortopedici
- cinti erniari
- - busti ortopedici curativi;
- protesi oculari
- ausili udito
- ausili fonazione
- - ausili alla mobilità;

E' escluso il rimborso di calzature a plantare, corsetteria e busti estetico/formativi.

H. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Società, rimborsa fino a concorrenza di € 7.000,00 per nucleo e per anno, le spese per cure dentarie effettuate in ambulatorio, rese necessarie da infortunio (documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero ed occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione delle cure).

I. TICKET (Servizio Sanitario Nazionale)

La Società rimborsa integralmente (senza applicazione di alcuno scoperto) le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione disciplinata nel presente documento, entro i limiti massimi previsti per ogni singola prestazione.

J. PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Vengono rimborsate, entro il limite di € 1.500 anno/nucleo e con il sublimite di € 500 anno/pro capite, le spese sostenute per visite pediatriche di controllo (fino all'età di 14 anni), con applicazione di uno scoperto del 30% del costo sostenuto e documentato, sia in rete che fuori rete.

K. LENTI

Vengono rimborsate, entro il limite massimo di € 400,00 anno/nucleo e con il sublimite di € 150 persona/anno, le spese sostenute per l'acquisto di lenti ed occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive, senza applicazione di alcuno scoperto.

Il rimborso avviene in caso di prima prescrizione o di modifica del visus entrambe certificate dal medico oculista, otticooptometrista od ortottico regolarmente abilitato, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.

EXTRAP

L. DENTI

La Società rimborsa, fino a concorrenza di **€ 250,00** nucleo/anno (da intendersi come submassimale nell'ambito del massimale di **€ 1.500,00** previsto per le prestazioni aggiuntive/visite pediatriche), le cure, le estrazioni e protesi dentarie con esclusione delle ortodontiche, con l'applicazione di uno scoperto del **35%** del costo sostenuto e documentato, sia in rete che fuori rete.

M. DIAGNOSI COMPARATIVA

In caso di diagnosi di una delle seguenti patologie:

- Morbo di Alzheimer
- AIDS
- Cecità
- Malattie neoplastiche maligne
- Problemi cardiovascolari
- Sordità
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto organi vitali
- Patologie neuromotorie
- Sclerosi Multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Ictus
- Coma

L'Assistito/Assicurato può richiedere un riesame del caso mediante una valutazione diagnostica da parte di maggiori specialisti a livello mondiale con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia evidenziata. Inoltre può essere richiesta una visita presso lo specialista che ha valutato il caso.

Vengono rimborsate esclusivamente le spese sostenute dall'Assistito/Assicurato relativamente al consulto medico.

Art. 2.5 – AREA PRESTAZIONI ACCESSORIE

A. PRESTAZIONI IN PRONTO SOCCORSO

La Società, rimborsa, fino a concorrenza di € 1.000,00 per evento e per anno, le spese sostenute per prestazioni ambulatoriali a seguito di infortunio che non abbiano comportato ricovero.

Il rimborso comprende le spese sostenute per le seguenti prestazioni (purchè prescritte dal Pronto Soccorso): applicazione e rimozione gesso, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali e trasporto

B. CURA TOSSICODIPENDENTI

A titolo di contributo a fronte di spese sostenute per il recupero da tossicodipendenza presso comunità terapeutiche convenzionate ASL, la Società corrisponde una somma pari a € 3.000,00 per persona e per anno, fino a concorrenza di € 30.000,00 annui complessivi per la totalità degli Assicurati con la presente polizza.

Il rimborso relativo alla presente garanzia viene effettuato in un'unica soluzione al termine dell'annualità assicurativa.

EXTRA P

Il termine per la presentazione di richieste di rimborso relative alla presente prestazione si intende fissato al 31 gennaio di ogni anno successivo a quello nel quale è stata sostenuta la spesa per la quale si chiede il rimborso medesimo.

Qualora la somma complessiva delle richieste superi il limite annuo sopraindicato, l'importo di € 30.000,00 verrà ripartito proporzionalmente fra coloro che abbiano presentato richiesta.

Eventuali richieste che venissero presentate successivamente al 31 gennaio, se rimborsabili e previa verifica della disponibilità, verranno rimborsate nell'ambito del massimale della successiva annualità.

C. ANTICIPO SPESE SANITARIE

Nei casi di ricovero per Grande Intervento chirurgico (indicato nell'apposito elenco di seguito riportato) effettuato in forma indiretta, viene corrisposto, su richiesta dell'Assicurato per il tramite della Contraente, un importo nella misura massima del 50% delle spese da sostenere e, comunque, entro il 50% del massimale ricovero previsto, fermo il conguaglio a cure ultimate.

Il Contraente ,unitamente alla richiesta di corresponsione dell'anticipo, dovrà produrre idonea documentazione medica ai fini della valutazione dell'operatività della copertura assistenziale.

D. ASSISTENZA INFERMIERISTICA

La Società, rimborsa fino a concorrenza di € 50,00 al giorno per un massimo di 90 gg. per nucleo e per anno, le spese sostenute per l'assistenza medica ed infermieristica a domicilio qualora resa necessaria da malattia terminale comprovata da idonea certificazione medica e/o ospedaliera.

E. RIMPATRIO SALMA

La Società rimborsa fino a concorrenza di € 3.000,00 per evento, le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato a seguito di ricovero (anche in regime di day hospital) in istituto di cura all'estero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico.

Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

F. OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

Vengono rimborsate le seguenti spese connesse al post-ricovero nel caso di Grande intervento chirurgico (come da allegato elenco) per:

- ospedalizzazione a domicilio (passaggio in cura del paziente e presa in carico da parte di una struttura diretta da un Direttore Sanitario), previa prescrizione da parte di medico ASL o medico specialista;
- assistenza sanitaria integrata a domicilio (intervento sanitario a domicilio, con elaborazione di un programma medico, con servizi medici, infermieristici e riabilitativi), previa prescrizione da parte di medico ASL o medico specialista.

Il rimborso delle spese sostenute a questo titolo avviene entro il limite di € 15.000 nucleo/anno e con un massimo di 50gg per ricovero:

- senza alcuna applicazione di scoperto se effettuate in regime di convenzionamento diretto;
- con applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 1.200 per evento se non effettuate in regime di convenzione diretta.

G. FECONDAZIONE ETEROLOGA

La Società rimborsa fino a concorrenza di € 350,00 per nucleo e per anno, le spese sostenute per il trattamento di fecondazione eterologa presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27).

Sono escluse dal rimborso le spese relative alla trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore qualora il trattamento sia effettuato all'Estero.

EXTRA P.

H. ASSISTENZA POST PARTO

La Società liquida le seguenti prestazioni finalizzate al pieno recupero a seguito di parto, **effettuate in strutture sanitarie convenzionate** indicate dalla Centrale Operativa Previmedical, previa prenotazione:

1. Supporto psicologico post parto

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

2. Controllo Arti Inferiori

Entro 6 (sei) mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori.

3. Week-end benessere

Entro 1 (un) anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:

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

I. CURE TERMALI PER MINORI

La Società liquida, fino a massimo 1 (un) ciclo per anno (max. 12 sedute consecutive con una interruzione a metà ciclo), le prestazioni per cure termali, cure inalatorie e politzer effettuate dal minore a seguito di malattia o infortunio, **effettuate in strutture sanitarie convenzionate** indicate dalla Centrale Operativa Previmedical, previa prenotazione.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse per un importo massimo pari ad € 35 a seduta.

Sono inoltre previste una visita di inizio cura e una visita fine cura senza applicazione di alcuno scoperto e franchigia.

Sono in ogni caso escluse dalla copertura le spese alberghiere del minore e dell'eventuale accompagnatore.

J. SINDROME DI DOWN

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) accertata nei primi 3 anni di vita, viene corrisposta un'indennità pari a € 1.000,00 per neonato e per anno.

L'indennità di cui al presente paragrafo è corrisposta per un periodo massimo di 5 anni.

K. NEONATI

L'Assicurazione si intende automaticamente operante nei confronti dei neonati purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 90 gg dalla nascita. Resta inteso che la garanzia si intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti purché effettuati entro 1 anno dalla nascita. Tuttavia, qualora le predette malformazioni e/o difetti fisici congeniti siano evidenti fin dal primo anno di vita del neonato stesso e sia accertabile e documentabile dal punto di vista medico-clinico l'impossibilità di effettuare un intervento chirurgico nel primo anno di vita, il periodo utile entro il quale l'intervento è rimborsabile – a termini di contratto – è elevato ai primi 5 anni di vita.

EXTRA P

Art. 2.6 – AREA PREVENZIONE

AVVERTENZA: Prima di effettuare le prestazioni previste dal presente articolo, si consiglia di consultare la propria ASL o il proprio medico di fiducia per la presenza di possibili controindicazioni ed effetti collaterali importanti, in considerazione dell'età e dello stato di salute dell'Assistito/Assicurato.

A- VISITE DI CONTROLLO

La Società liquida integralmente (senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito) 1 (una) visita specialistica in qualsiasi specializzazione per ogni Assistito **effettuata una volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana nei Centri Autorizzati del Network Previmedical** (www.weekendinsalute.it) indicati dalla Centrale Operativa Previmedical, previa prenotazione.

Le prestazioni sopra elencate vengono liquidate anche in caso di consulto/mero controllo e pertanto, in fase di autorizzazione, non è necessaria alcuna prescrizione medica o specialistica.

B- VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

La Società liquida integralmente (senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito) le prestazioni per la vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale **effettuate nei Centri Autorizzati del Network Previmedical** (www.vacciniamo.it) indicati dalla Centrale Operativa Previmedical, previa prenotazione.

Le prestazioni sopra elencate vengono liquidate come trattamento di natura preventiva e pertanto, in fase di autorizzazione, non è necessaria alcuna prescrizione medica o specialistica.

C- PREVENZIONE HERPES ZOSTER

La Società liquida le prestazioni per la prevenzione dell'Herpes Zoster e delle sue complicanze a tutti gli Assistiti con età superiore a 55 anni **effettuate nei Centri Autorizzati del Network Previmedical** indicati dalla Centrale Operativa Previmedical, previa prenotazione.

Le prestazioni sopra elencate vengono liquidate come trattamento di natura preventiva e pertanto, in fase di autorizzazione, non è necessaria alcuna prescrizione medica o specialistica.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società ai Centri Autorizzati del Network Previmedical con applicazione di una franchigia di € 36,15 per prestazione.

D- CONTROLLO PEDIATRICO

La Società liquida le prestazioni per visite specialistiche pediatriche di controllo per minori di età compresa tra 6 mesi e 6 anni **effettuate in strutture sanitarie convenzionate** indicate dalla Centrale Operativa Previmedical, previa prenotazione e alle seguenti condizioni:

- 1 (una) visita tra 6 mesi e 12 mesi di età
- 1 (una) visita a 4 anni di età
- 1 (una) visita a 6 anni di età

Le prestazioni sopra elencate vengono liquidate in caso di consulto/mero controllo e pertanto, in fase di autorizzazione, non è necessaria alcuna prescrizione medica o specialistica.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie con applicazione di una franchigia di € 36,15 per prestazione.

EXTRAP

Art. 2.7 – Prestazioni escluse

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

1. gli interventi di correzione o eliminazione della miopia, salvo quanto previsto all'art. 2.3. "Area ricoveri" delle CGA, lettera A), punto 9;
2. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto all'Art. "Area ricoveri", lettera A, punto 8 e all'art. 2.4 "Area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali" delle CGA lettera G;
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi o da intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione) e quelli relativi a bambini di età inferiore a tre anni);
4. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio, purchè consentito dallo stato di salute dell'Assicurato;
5. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.

   Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
6. le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:
   - abuso di alcolici;
   - uso di allucinogeni;
   - uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
7. l'aborto volontario non terapeutico;
8. la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici, salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio.

   Sono tuttavia compresi gli interventi per l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici congeniti dei neonati, purchè effettuati nel primo anno di vita.

   Eventualmente, nel caso in cui le predette malformazioni e/o difetti fisici siano evidenti fin dal primo anno di vita del neonato stesso e sia accertabile e documentabile dal punto di vista medico-clinico l'impossibilità di effettuare un intervento chirurgico nel primo anno di vita, il periodo utile entro il quale l'intervento è rimbosabile – a termini di contratto – è elevato ai primi cinque anni di vita;
9. tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita;
10. gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona;
11. check-up clinici;
12. prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato, ovvero effettuate presso centri estetici o di fitness;
13. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
15. gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
16. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
17. 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;

EXTRAP

18. le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico, in coerenza con quanto previsto dal regolamento ISVAP (ora IVASS) Nr.. 35/2010.[1]

Art. 2.8 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 2.9 - Limite di età

Non è ammesso l'inserimento in polizza di nuovi assicurati che abbiano già compiuto l'85° anno di età alla data del 31 dicembre 2015.

E' concessa tuttavia la facoltà di mantenere in assicurazione, sino al 31 dicembre 2017, soggetti già coperti nel piano sanitario precedente, che compiano 85 anni nel corso della durata del contratto.

Fino al limite di età previsto dalla presente copertura, viene data la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

OMISSIS

3 - NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 3.1 - Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assistito/Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità e comunque entro e non oltre i termini di prescrizione del diritto. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

Qualora l'Assistito/Assicurato riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

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

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

Si precisa che qualora l'Assistito/Assicurato intenda utilizzare una struttura convenzionata, e/o un medico convenzionato e/o un odontoiatra convenzionato (se previste le cure dentarie) ha sempre l'obbligo di accedervi in regime di assistenza diretta.

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'Assistito è obbligato a comunicare alla Società il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

[1] Si segnala che le precisazioni introdotte in merito all'esclusione in oggetto sono frutto delle indicazioni impartite alle Imprese dall'IVASS (già ISVAP) a seguito del recepimento da parte dell'Italia con Legge n.18 del 3 marzo 2009 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Tali indicazioni richiedevano alle Imprese di precisare – in tema di disturbi psichici – quali prestazioni sanitarie fossero ammesse a rimborso in conseguenza di malattie mentali permanenti e preesistenti all'inclusione in copertura.

EXTRAP

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie resesi necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assistito è tenuto a trasmettere alla Società il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

Norma Transitoria: Si precisa che laddove l'Assistito richieda il rimborso di spese mediche e/o odontoiatriche (se previste le cure dentarie) per prestazioni ricevute in strutture convenzionate e/o da medici e/o dentisti convenzionati senza attivazione della forma diretta per se stesso e/o per il proprio nucleo familiare, la Società procederà eccezionalmente fino al 30 giugno 2016 al rimborso con le seguenti modalità:

- per le spese indicate all'art. 2.3 "Area Ricoveri" delle CGA, lettera A, con l'applicazione degli scoperti di cui alla voce "Ricoveri effettuati in forma indiretta", salvo che per i ricoveri effettuati in forma indiretta nelle strutture sanitarie convenzionate indicate nell'"Elenco Cliniche TOP" e con équipes operatorie convenzionate, anche in caso di intervento chirurgico compreso nell'"Elenco grandi interventi chirurgici, per i quali si applicano comunque gli scoperti e le franchigie previsti dalla specifica voce;
- per le spese indicate all'art. 2.4 "Area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali" delle CGA, con l'applicazione degli scoperti e delle franchigie per le prestazioni non effettuate in strutture sanitarie convenzionate.

A partire dal 01 luglio 2016, invece, la Società procederà al rimborso applicando scoperti e franchigie maggiorati nei termini contrattuali di cui ai predetti articoli.

Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito/Assicurato

La Società indennizza a cura ultimata, con la presentazione in fotocopia delle fatture o notule debitamente quietanzate, nonché da:

1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;

2) certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso garanzie extraospedaliere;

3) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;

4) referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio. In caso di cure dentarie da infortunio. Le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

La documentazione deve essere intestata all'Assistito/Assicurato e il rimborso avviene in favore dell'Assistito/Assicurato. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni.

Qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

Le prestazioni suddette devono essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico. 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.

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

Pagamento diretto

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assistito/Assicurato si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network e abbia richiesto autorizzazione a Pmed secondo le istruzioni riportate nell'Allegato n.5 "Guida alle prestazioni sanitarie – Regime di assistenza diretta e regime rimborsuale", con i seguenti preavvisi ;

FAC-SIMILE

fermo il preavviso minimo di 2 gg (48 h) lavorativi la Centrale Operativa garantisce la risposta (autorizzazione/diniego) sull'esito della valutazione della richiesta di Assistenza diretta:

Per le prestazioni ospedaliere

- se la richiesta perviene con un anticipo di almeno 7 gg lavorativi dalla data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 gg lavorativi dalla richiesta dell'Assistito/Assicurato
- se la richiesta perviene tra i 6 e i 4 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 gg lavorativi precedenti la data dell'evento
- se la richiesta perviene tra i 3 e i 2 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro 1 gg lavorativo precedente la data dell'evento .

Per le prestazioni extraospedaliere

- se la richiesta perviene con un anticipo di almeno 4 giorni lavorativi dalla data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 gg lavorativi precedenti la data dell'evento
- se la richiesta perviene tra i 3 e i 2 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro 1 gg lavorativo precedente la data dell'evento .

Rimane fermo per l'Assistito/Assicurato il diritto ad un preavviso di almeno 2 gg (48 ore) lavorativi; in tal caso tuttavia, tale preavviso minimo potrebbe comportare, in ipotesi di diniego dell'autorizzazione, una comunicazione da parte della Centrale Operativa a ridosso del momento previsto per la fruizione della prestazione.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza secondo le istruzioni riportate nell'Allegato n.5 "Guida alle prestazioni sanitarie – Regime di assistenza diretta e regime rimborsuale".La Società effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi Previmedical con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

Restano a carico dell'Assistito/Assicurato le sole franchigie e scoperti eventualmente previsti in polizza nonché le prestazioni non garantite dalle convenzioni suddette.

L'elenco delle strutture convenzionate, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.rbmsalute.it e www.Previmedical.it .

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta, mista e rimborsuale è indicata nell'Allegato n.5 "Guida alle prestazioni sanitarie – Regime di assistenza diretta e regime rimborsuale" .

Restituzione delle somme indebitamente pagate

successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità della polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assistito/Assicurato, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'istituto di cura se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

4 - OMISSIS

5 - OMISSIS

OMISSIS

EXTRAP

RBM Salute
N. 1 NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Allegato n. 1 - Elenco interventi chirurgici plafonati

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	PLAFOND
Intervento di legatura e stripping delle vene (varicocele compreso)	€ 3.500
Intervento di settoplastica funzionale, compresi eventuali interventi sui turbinati	€ 3.500
Intervento di riduzione e sintesi fratture (ad esempio, chiodi, placche, viti)	€ 8.000
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad esempio, chiodi, placche, viti)	€ 3.000
Intervento di tonsillectomia/adenotonsillectomia	€ 3.000
Intervento per ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 4.000
Intervento di emorroidectomia e/o per asportazione di ragadi e/o di fistole e/o prolasso rettale	€ 4.500
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso-falangeo, dito a martello, alluce rigido	€ 4.000
Intervento a carico del ginocchio (diversi da legamenti)	€ 5.000
Isteroscopia operativa	€ 4.000
Intervento di ricostruzione dei legamenti	€ 8.500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	€ 7.500
Intervento di asportazione cisti ovariche	€ 8.500
Intervento di tiroidectomia (esclusa radicale per neoplasia maligna)	€ 10.000
Intervento di colecistectomia	€ 8.500
Intervento per ernia del disco e/o stabilizzatore vertebrale	€ 11.000
Artrodesi vertebrale	€ 14.000
Interventi sulla prostata (TURP)	€ 9.000
Interventi sulla prostata (Altri interventi)	€ 18.000
Adenoma prostatico	€ 9.000
Adenocarcinoma prostatico	€ 18.000
Intervento di isterectomia	€ 10.000
Intervento di isterectomia (compresa eventuale annesiectomia)	€ 15.000
Intervento per artroprotesi anca	€ 20.000
Asportazione di neoformazioni cutanee (cisti in genere, lipomi e nevi)	€ 1.000
Intervento per artroprotesi ginocchio	€ 15.000
Intervento per morbo di Dupuytren, sindrome di Guyon	€ 2.000
Intervento per tunnel carpale	€ 1.500
Intervento per dito a scatto e per intrappolamento del nervo ulnare al gomito	€ 2.500
Intervento per cataratta (con o senza IOL) – per occhio	€ 2.000
Intervento per asportazione cisti e noduli benigni del seno (nodulectomie)	€ 3.500
Intervento per appendicectomia	€ 4.000
Intervento sui seni paranasali, frontali, mascellari e/o FESS	€ 3.500

EXTRAP

Allegato n. 2 - Elenco Grandi Interventi Chirurgici

CHIRURGIA DELL' ESOFAGO

- 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 linfoadenectomia
- Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica
- Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfoadenectomia
- Esofagectomia per via toracoscopica
- Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale CON TORACOTOMIA
- Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee.

CHIRURGIA DELLO STOMACO-DUODENO-INTESTINO TENUE

- Gastrectomia totale con linfoadenectomia
- 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 linfoadenectomia per via 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
- 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
  - econnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
  - transezione esofagea con devascolarizzazione paraesofago-gastrica

EXTRA P

CHIRURGIA DEL PANCREAS

- Duodenocefalo-pancreasectomia con o senza linfoadenectomia
- Pancreasectomia totale con o senza linfoadenectomia
- Interventi per tumori endocrini funzionali e neoplasie maligne 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 dei grossi vasi (non escluse dalla garanzia)
- Resezione cardiaca
- Sostituzione valvolare con protesi
- Valvuloplastica

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica e/o addominale PER VIA TORACOADDOMINALE
- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali) PER VIA LAPAROTOMICA
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e I del collo
- Intervento per fistola aorto-enterica
- Interventi sulla vena cava superiore o inferiore

NEUROCHIRURGIA

- Craniotomia per malformazioni vascolari (non escluse dalla garanzia)
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
- Cranitomia per amatoma intracerebrale da rottura di malfomazione vascolare (nno esclusa dalla garanzia)

EXTRA P

- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Cranitomia 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 accesso cerebrale
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali per via anteriore
- Intervento chirurgico per neoplasie maligne dei nervi periferici

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale
- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
- Enterocistoplastica di allargamento
- Orchiectomia con linfoadenectomia pelvica e/o lombo aortica
- Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale, per neoplasia maligna
-

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Vulvectomia allargata con linfoadenectomia
- Isterectomia radicale per via addominale con linfoadenectomia

CHIRURGIA OCULISTICA

- Trapianto corneale a tutto spessore
- 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
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico.
- Petrosectomia

CHIRURGIA ORTOPEDICA

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artroprotesi di spalla
- Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino

EXTRA P

- Emipelvectomia
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- Trattamento cruento dei tumori ossei
- Grandi amputazioni d'arto superiori ad un terzo
-

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia

CHIRURGIA PEDIATRICA (NON ESCLUSE DALLA GARANZIA)

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

ALTRE VOCI

Si considerano "'Interventi di alta chirurgia" anche:

- il trapianto di organi con espianto di organi del donatore;
- il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione), purchè superiore a giorni 3.

EXTRA P

Allegato n. 3 - Elenco Cliniche TOP

ROMA

- Casa di Cura Paideia S.p.A.
- Casa di Cura Mater Dei S.p.A.
- Casa di Cura Quisisana
- Casa di Cura Villa Stuart
- Casa di Cura Villa Flaminia
- Casa di Cura Villa Margherita

MILANO

- Casa di Cura La Madonnina S.p.A..
- Istituto Nazionale Tumori
- Ospedale San Raffaele S.r.l.
- Humanitas Mirasole S.p.A.. (Istituto Clinico Humanitas)
- Casa di Cura Capitanio

TORINO

- Clinica Fornaca di Sessant
- Casa di Cura Sedes Sapientiae
- Casa di Cura Cellini S.p.A.

BERGAMO

- Humanitas Gavazzeni

VARESE

- Istituto Clinico Humanitas Mater Domini Casa di Cura Privata S.p.A.

EXTRA P

RBM Salute S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via Forlanini 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)
Tel. +39 0422 062700 – Fax: +39 0422 1745025
direzionecommerciale@rbmsalute.it

Sede Secondaria:
Via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)
Tel. +39 02 91431789- Fax +39 02 91431702
Internet: www.rbmsalute.it - E-Mail: info@rbmsalute.it; rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

---

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 40.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 360145
Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).

EXTRA P