

**Polizza Sanitaria  
a favore dei Dirigenti  
contratta dalla  
Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza  
a favore dei Dirigenti**

Il presente FASCICOLO INFORMATIVO contenente:  
Nota Informativa, comprensiva del Glossario  
Polizza n°2017/05/2743769

**Condizioni di Assicurazione**

**DEFINIZIONI**

<u>Socio Aziendale:</u>	Azienda associata alla Cassa.
<u>Assicurato:</u>	Titolare delle prestazioni che ha diritto alla prestazione.
<u>Società di gestione:</u>	Gestore del Network (mandatario per la gestione degli eventi dannosi).
<u>Accertamento diagnostico:</u>	Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
<u>Struttura Sanitaria Convenzionata:</u>	Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui si definisce un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.
<u>Day Hospital:</u>	Prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.
<u>Difetto Fisico:</u>	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
<u>Evento dannoso:</u>	Il verificarsi dell'evento per il quale è erogata la prestazione.
<u>Franchigia:</u>	Somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.
<u>Indennità sostitutiva:</u>	Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero.
<u>Indennizzo:</u>	Somma dovuta al Titolare delle prestazioni in caso di evento dannoso.
<u>Infortunio:</u>	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
<u>Intervento chirurgico:</u>	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito ai fini terapeutici.
<u>Intervento chirurgico ambulatoriale:</u>	Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.
<u>Istituto di Cura:</u>	Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
<u>Malattia:</u>	Ogni alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.
<u>Malformazione:</u>	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
<u>Retta di degenza:</u>	Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.
<u>Ricovero:</u>	Degenza in Istituto di Cura comportante pernottamento.
<u>Scoperto:</u>	La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

## **1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

Le prestazioni sono operanti in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali, medicinali;
- protesi ortopediche e acustiche;
- malattie oncologiche;
- prevenzione;
- servizi di consulenza e di assistenza;
- prestazioni odontoiatriche;
- lenti e occhiali.

**Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Eventi Dannosi" delle condizioni Generali, a:**

**a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate**

**b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate**

**c) Servizio Sanitario Nazionale**

**Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.**

## **2. PERSONE ASSICURATE**

L'assicurazione è prestata a favore dei dirigenti della Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Dottori Commercialisti.

La garanzia può essere estesa, dietro richiesta del dirigente e con costi a suo carico, al nucleo familiare e al convivente more uxorio. Tale estensione implica l'applicazione ai familiari e al convivente delle condizioni contrattuali di cui al presente testo e alle condizioni di premio di cui alla Lettera di Invito alla gara, vale a dire:

- a) Estensione al coniuge/convivente: premio annuo lordo di € 1.070,00 (euro milleesettanta/00);
- b) Estensione ai figli: premio annuo lordo di € 428,00 (euro quattrocentoventotto/00) per ciascun figlio.

## **3. RICOVERO**

### **3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA**

La Società adjudicataria provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

**e) Accompagnatore**

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, la garanzia è prestata nel limite di Euro 55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

**f) Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di Euro 55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

**g) Post-ricovero**

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

**3.2 TRASPORTO SANITARIO**

Il Titolare delle prestazioni sarà rimborsato delle spese di trasporto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di Euro 1.550,00 per ricovero.

**3.3 DAY HOSPITAL**

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati. La garanzia non è operante per le visite specialistiche, gli esami e gli accertamenti effettuati a soli fini diagnostici.

**3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE**

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, si provvederà al pagamento delle spese sostenute dall'Assistito per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricoveri in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

**3.5 TRAPIANTI**

Nel caso di trapianti di organi o di parte di essi conseguente a malattia o ad infortunio, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Nel caso di donazione da vivente, il contratto garantisce le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

**3.6 PARTO E ABORTO****3.6.1 PARTO CESAREO**

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata, si provvederà al pagamento delle spese sostenute dall'Assicurato per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", g) "Post -ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di Euro 6.000,00 per anno e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

### **3.6.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO**

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura", lett. g) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di Euro 5.000,00 per anno e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

### **3.7 RIMPATRIO DELLA SALMA**

In caso di decesso all'estero durante il ricovero, la Società aggiudicataria rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di Euro 1.500,00 per anno e per nucleo familiare.

### **3.8 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

#### **a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate ed effettuate da medici convenzionati**

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente alle Strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

Punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":

- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

Punto 3.2 "Trasporto sanitario";

Punto 3.7 "Rimpatrio della salma"

che vengono rimborsate all'Assistito nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

Punto 3.6 "Parto e Aborto";

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

#### **b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate**

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con uno scoperto del 10%, con il minimo non indennizzabile di Euro 500,00 ad eccezione delle seguenti:

Punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura";

- lett. d) "Retta di degenza";

- lett. e) "Accompagnatore";

- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

Punto 3.2 "Trasporto sanitario";

Punto 3.6 "parto e aborto";

Punto 3.7 "Rimpatrio della salma"

che vengono rimborsate all'Assistito nei limiti previsti ai punti indicati.

#### **c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.9 "Indennità sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, sarà integralmente rimborsato dell'importo da lui anticipato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'"indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate ed effettuate dai medici convenzionati" o lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate".

### **3.9 INDENNITA' SOSTITUTIVA**

In assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute durante il ricovero - l'Assicurato avrà diritto ad un indennizzo di euro 103,00 per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione.

In caso di parto l'indennità giornaliera viene elevata ad Euro 230,00.

L'indennità verrà corrisposta, anche in caso di intervento chirurgico in regime di Day Hospital, per ogni giorno di degenza nella misura del 50% dell'importo sopra indicato.

Le eventuali spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di ricovero saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di polizza.

L'indennità viene corrisposta fino ad un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa.

### **3.10 MASSIMALI A GARANZIA**

Il massimale annuo per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a Euro **800.000,00** per nucleo familiare.

## **4. ALTA SPECIALIZZAZIONE**

Il Titolare delle prestazioni sarà rimborsato delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

#### Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Flebografia
- Linfografia
- Artografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Vesciculodeferentografia
- Clisma opaco
- Rx Esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Wirsunggrafia
- Splenoportografia
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Fluorangiografia
- Videoangiografia
- Retinografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Galattografia
- Isterosalpinografia
- Mielografia
- Scialografia

#### Accertamenti

- Elettromiografia
- Elettroencefalogramma
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- Tomografia assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- PET
- Accertamenti endoscopici
- Diagnostica radiologica
- Doppler



- Ecocardiografia
- Ecografia

#### Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico

Il massimale annuo a garanzia per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a Euro **5.500,00** per singolo dirigente. Se la copertura viene estesa anche al nucleo familiare e/o al convivente more uxorio il massimale annuo assicurato viene elevato ad Euro **8.000,00**.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di Euro 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia).

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Titolare delle prestazioni sarà rimborsato integralmente dei ticket sanitari a suo carico.

## **5. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI, CURE TERMALI, MEDICINALI**

L'Assicurato sarà rimborsato delle spese per visite specialistiche (anche omeopatiche e per l'effettuazione di elettrocardiogramma da sforzo) e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio.

Sono inoltre comprese le spese per trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali (no spese di natura alberghiera) e medicinali anche omeopatici.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, i medicinali ed i trattamenti fisioterapici non prevedono questa modalità.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di Euro 25,00 per ogni visita specialistica, accertamento diagnostico, ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, gli saranno rimborsati i tickets sanitari a carico dello stesso.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a Euro **1.550,00** per il singolo dirigente. Se la copertura viene estesa anche al nucleo familiare e/o al convivente more uxorio il massimale annuo viene elevato a Euro **3.000,00**.

## **6. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE**

L'Assicurato sarà rimborsato delle spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di Euro **1.550,00** per il singolo dirigente. Se la copertura viene estesa anche al nucleo familiare e/o al convivente more uxorio il massimale annuo viene elevato a Euro **3.000,00**.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20%.

## **7. MALATTIE ONCOLOGICHE**

L'Assicurato sarà liquidato delle spese extra-ospedaliere per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie oncologiche, anche farmacologiche relative a malattie oncologiche.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito verranno liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute vengono integralmente rimborsate.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, gli saranno rimborsati integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a Euro **15.000,00** per nucleo familiare.

## **8. PREVENZIONE**

La Società aggiudicataria provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione effettuate in strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, una volta l'anno. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- prelievo venoso
- ALT
- AST
- gamma GT
- glicemia
- colesterolo totale, HDL, LDL
- trigliceridi
- urea
- creatinina
- emocromo
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- VES
- esame urine
- elettrocardiogramma
- test per epatite HCV

### **Oltre 50 anni di età**

#### Per tutti:

- Ricerca sangue occulto feci
- Radiografia polmonare
- Ecodoppler TSA

### **Per gli uomini (una volta l'anno)**

- PSA e PSA free

### **Per le donne (una volta l'anno)**

- Mammografia ed ecografia mammaria

### **Per i bambini fino a sei mesi**

- Ecografia delle anche

### **Per i bambini fino a 12 anni**

- visita oculistica/ortottica
- i seguenti esami: emogruppo e fattore RH, conteggio reticolociti, sideremia, bilirubinemia, TAS, PCR



Fa seguito alle prestazioni di prevenzione un incontro conclusivo nel corso del quale il medico fiduciario della Società (per i bambini un pediatra) valuta ed espone all'Assicurato i risultati degli esami. In questa sede il medico prenderà nota di eventuali fattori di rischio specifici della persona assicurata e/o di origine familiare.

## **9. DIAGNOSI COMPARATIVA**

Qualora l'Assistito avverta l'esigenza di sottoporre i responsi ricevuti dai sanitari curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, all'autorevole verifica da parte dei migliori esperti delle diverse discipline specialistiche, potrà contattare direttamente la Centrale Operativa di Blue Assistance al numero verde 800 555 266.

In tal modo l'Assistito verrà informato tempestivamente della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita.

L'Assistito beneficia dei seguenti servizi:

1. La Centrale Operativa fornisce un servizio che rilascia un referto scritto, sulla base dell'analisi dei referti medici del Paziente, dell'esame da parte dei medici associati dei principali risultati diagnostici presentati e dell'analisi e i consigli di un medico specialista le cui caratteristiche risultano essere appropriate al caso. La relazione scritta includerà un sunto delle informazioni riguardanti il medico interpellato sul caso, comprendente la specializzazione, la formazione e l'esperienza maturata.
2. La Centrale Operativa fornisce un servizio che metterà in contatto l'Assistito con un massimo di tre specialisti scelti tra i migliori nel trattamento di quella particolare malattia. La Centrale operativa ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Assistito.
3. La Centrale Operativa prende tutti gli appuntamenti e gli accordi per l'accettazione, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza, e fornisce un servizio clienti 24 ore su 24 per i pazienti. Amministrativamente, supervisiona il pagamento delle richieste mediche di risarcimento, incluso garantire che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori ed abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza consente sconti significativi sulle tariffe mediche.

Il complesso delle prestazioni suindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, l'assistito dovrà inviare la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico specialista, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Società aggiudicataria con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

## **10. CURE ODONTOIATRICHE**

A parziale deroga dell'art. B-2, l'Assicurato sarà rimborsato fino alla concorrenza del massimale per nucleo, incluso il convivente more uxorio, e per anno, di Euro 2.100,00, applicando una franchigia di Euro 130,00 in un'unica soluzione per il complesso di prestazioni erogate a seguito del medesimo evento dannoso, delle spese sostenute a seguito di malattia per:

- cure dentistiche;
- estrazioni;
- protesi dentarie;
- apparecchi ortodontici.

Si precisa che l'implantologia, sia su osso mascellare che mandibolare resa necessaria a seguito di infortunio ed effettuata da medico chirurgo, viene considerata intervento chirurgico a tutti gli effetti; se, invece, viene effettuata per altra causa rientra nella presente garanzia "Cure odontoiatriche" e vigono il massimale e la franchigia previsti.

I tickets sono rimborsati al 100%.

La franchigia non si applica solo in caso di infortunio certificato dalla struttura pubblica.

## **11. CURE OCULISTICHE E ORTOTTICHE**

A parziale deroga dell'art. B-2, il titolare delle prestazioni sarà rimborsato fino alla concorrenza del massimale per nucleo e per anno, di Euro 2.000,00 applicando una franchigia di Euro 150,00 in un'unica soluzione per il complesso di prestazioni erogate a seguito del medesimo evento dannoso, delle spese sostenute a seguito di malattia per:

- cure oculistiche;
- applicazione di lenti a contatto;
- acquisto lenti per occhiali;
- interventi di correzione della miopia, senza limitazioni in termini di differenziale della capacità visiva;
- apparecchi protesici.

I tickets sono rimborsati al 100%.

L'indennizzo delle spese avviene previa presentazione di prescrizione medica.

## **12. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA MEDICA**

### **In Italia**

**I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800 555 266 dal lunedì al sabato.**

**Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +39 011.7425507.**

### **a) Informazioni sanitarie telefoniche**

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

### **b) Prenotazione di prestazioni sanitarie**

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

### **c) Pareri medici immediati**

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

### **d) Invio di un medico**

Nel caso in cui, in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

**e) Rientro dal ricovero di primo soccorso**

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

**f) Trasferimento in centro medico specializzato**

Qualora l'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese della Centrale Operativa. Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della regione di residenza dell'Assicurato.

**All'estero****g) Viaggio di un familiare all'estero**

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si terrà a proprio carico le spese di soggiorno nel limite di Euro 500,00 per sinistro.

**h) Invio di medicinali urgenti all'estero**

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di speciali medicinali irripetibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative. Rimane a carico dell'assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

**i) Rimpatrio sanitario**

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella
- treno, prima classe e, se necessario in vagone letto
- autoambulanza senza limiti di percorso

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possono essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Centrale operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

### **13. PREMIO E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

- a) dirigente € 2.495,00
- b) coniuge o convivente more uxorio € 1.070,00
- c) ogni figlio € 428,00

La copertura avrà effetto dalle ore 24 del 31.12.2017.

### **14. INCLUSIONI/ESCLUSIONI**

- 1) **Inclusione del nucleo familiare.** Per i dirigenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli tutti risultanti da stato di famiglia, possono essere inclusi con costi a carico del dirigente entro il 31.01.2017; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli di dipendenti neoassunti o neopromossi sempreché risultanti dallo stato di famiglia.
- 2) **Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia**  
Per i dirigenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto 2 "Persone aventi diritto alle prestazioni", secondo capoverso, in un momento successivo alla decorrenza del contratto è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni dalla variazione stessa.  
In caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione alla Compagnia e alla Cassa aziendale.
- 3) **Inserimento di nuovi dirigenti in data successiva all'effetto del contratto**  
In caso di nuove assunzioni, la garanzia per il dirigente e i familiari indicati al punto 2 "Persone aventi diritto alle prestazioni", primo capoverso, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Compagnia e alla Cassa aziendale entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione.
- 4) **Inclusioni nel corso del periodo assicurativo**  
Per tutte le entrate occorse nel primo semestre, il contributo è pari all'importo annuo.  
Per tutte le entrate occorse nel secondo semestre, il contributo è pari al 60% dell'importo annuo.
- 5) **Cessazione del rapporto di lavoro**  
Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dirigente e gli eventuali familiari in garanzia vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva. In caso di cessazione del rapporto per pensionamento, è facoltà dell'ex dirigente di mantenere, alle medesime condizioni, la copertura e la facoltà di estensione ai familiari, con premi a proprio carico.

## **SEZIONE A – CONDIZIONI GENERALI**

### **A-1 EFFETTO DELLE GARANZIE**

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati alla Società entro 45 giorni dalla data di effetto; diversamente ha effetto alle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

Il contributo deve essere pagato alla Cassa aziendale.

Il mancato pagamento del contributo causa la sospensione della garanzia dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento.

**A-2 DURATA DELLE GARANZIE/TACITA PROROGA DELLE GARANZIE**

Il contratto ha una durata triennale e scade alle ore 24 della data indicata sul frontespizio.

La CNPADC si riserva, previa comunicazione scritta da inviarsi all'aggiudicatario, la facoltà di ricorrere alla ripetizione del servizio ai sensi dell'art. 63, comma 5, del D. Lgs. 50/2016 per una durata di ulteriori 36 mesi ed alle medesime condizioni normative ed economiche. Non sono consentite ulteriori proroghe.

**A-3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DELLE GARANZIE**

Le eventuali modifiche delle garanzie successive alla stipulazione del contratto debbono essere definite per iscritto.

**A-4 FORO COMPETENTE**

Il Foro competente è quello di Roma.

**A-5 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

**A-6 ALTRE GARANZIE**

L'Assicurato è esonerato dal dichiarare l'eventuale esistenza di altre garanzie in essere stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato di darne avviso in caso di evento dannoso.

**A-7 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO**

Si conviene per le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

**A-8 COLPA GRAVE**

Si precisa, anche in deroga all'art. 1900 c.c., che vengono compresi nella copertura tutti gli eventi che non siano causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato. Sono inclusi nella garanzia, quindi, anche tutti gli eventi determinati da colpa grave dell'Assicurato.

**SEZIONE B - LIMITAZIONI****B-1 ESTENSIONE TERRITORIALE**

Nei limiti di quanto sopra esposto, sono ammesse a rimborso le spese sostenute nel mondo intero.

**B-2 ESCLUSIONI DALLE GARANZIE**

L'erogazione delle prestazioni non è operante per:

1. la chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri a meno che vengano effettuati: 1) in caso di anisometropia superiore a tre diottrie; 2) in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio);
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
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;
5. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito 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'Assistito che non

consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessarie la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento;

6. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
7. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
10. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.
12. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.

### **B-3 LIMITI DI ETÀ'**

Il contratto per l'erogazione delle prestazioni per gli infortuni può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento dell'80° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare dell'Assicurato la garanzia cessa nel medesimo momento in cui termina per l'Assicurato.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga l'80° anno di età, la garanzia cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

## **SEZIONE C – EVENTI DANNOSI**

### **C-1 DENUNCIA DELL'EVENTO DANNOSO**

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di **Blue Assistance** al numero verde **800 555 266** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia **+39 011.7425507**) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a Sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.1.1 "Eventi dannosi in strutture convenzionate", C.1.2 "Eventi dannosi in strutture non convenzionate" o C.1.3 "Eventi dannosi nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa di Blue Assistance e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti C.1.2 "Eventi dannosi in struttura non convenzionata" e 3.8 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate".

#### **C.1.1 EVENTI DANNOSI IN STRUTTURE CONVENZIONATE**

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste. In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extra-ricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti. La società aggiudicataria provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assistito delega la società aggiudicataria a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assistito né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nel contratto, eccedenti il massimale a garanzia o non autorizzate.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti C.1.2 "Eventi dannosi in strutture non convenzionate" o C.1.3 "Eventi dannosi nel Servizio Sanitario Nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.





### **C.1.2 EVENTI DANNOSI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE**

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare alla sede della società **Blue Assistance - Via Santa Maria, 11 - 10122 Torino**, anche attraverso sistemi informatici, la documentazione necessaria: modulo della denuncia dell'evento dannoso, corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricovero.

L'Assistito deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla società aggiudicataria e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'anno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assistito viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla società aggiudicataria della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Qualora l'Assistito abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, all'Assistito verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto 3.8 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

### **C.1.3 EVENTI DANNOSI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Per i ricoveri e le prestazioni extra-ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti C.1.1 "Eventi dannosi in strutture convenzionate" o C.1.2 "Eventi dannosi in strutture non convenzionate".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia di evento dannoso corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

### **C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA**

#### **A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate**

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

#### **B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate**

La documentazione di spesa in originale viene conservata dalla Società e inviata all'Assicurato con cadenza mensile con aggiornamenti relativi allo stato delle Sue richieste di rimborso.

Per gli eventi dannosi avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta europea, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

## **C.2 CONTROVERSIE**

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per Parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assistito.

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

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.