

DEFINIZIONI

<u>Contraente:</u>	Cassa Aziendale AASSOD
<u>CNPADC (anche Associata)</u>	Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti
<u>Assistito/Assicurato:</u>	Titolare delle prestazioni che ha diritto alla prestazione.
<u>Società aggiudicataria:</u>	Società Reale Mutua di Assicurazioni
<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>Contributi:</u>	Quote che gli Associati sono tenuti a versare per beneficiare delle prestazioni assistenziali pattuite all'atto dell'adesione.
<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'Assistito. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assistito l'importo garantito.
<u>Indennità sostitutiva:</u>	Importo giornaliero erogato dalla Cassa Aziendale AASSOD in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.
<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>Parti:</u>	Contraente e la Società aggiudicataria.
<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'Assistito.
<u>Sinistro</u>	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata

1. OGGETTO DELLA PRESTAZIONE

Le prestazioni sono operanti in caso di malattia, e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Assistito 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.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assistito 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 AVENTI DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Le prestazioni vengono erogate a favore dei dipendenti della Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti.

La garanzia può essere estesa, dietro richiesta del dipendente e con costi a suo carico, al nucleo familiare. Tale estensione implica l'applicazione ai familiari delle condizioni contrattuali di cui al presente testo.

Il nucleo familiare è composto dal titolare di polizza e dai suoi familiari come risultanti dallo stato di famiglia o da autocertificazione ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000.

Quali familiari si intendono: il coniuge non legalmente separato convivente o il convivente more uxorio e i figli conviventi. Sono comunque compresi il coniuge anche se non convivente purché non legalmente separato, i figli non conviventi purché conviventi con il coniuge non legalmente separato, i figli non conviventi purché studenti e i figli non conviventi per i quali il titolare di polizza sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione o altro provvedimento dell'Autorità giudiziaria.

Sono equiparati ai figli gli affidatari.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

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

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei 160 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 compresi apparecchi protesici o terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, consulenze medico-specialistiche, medicinali, cure omeopatiche, 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 160 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, con treno e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa con il massimo di euro 2.000,00 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 e con franchigia pari ad euro 500,00 presso strutture sanitarie e medici convenzionati, con scoperto del 10% e franchigia pari ad euro 1.000,00 presso strutture sanitarie e medici non convenzionati. 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 e con franchigia pari ad euro 100,00 presso strutture sanitarie e medici convenzionati, con scoperto del 10% e franchigia pari ad euro 400,00 presso strutture sanitarie e medici non convenzionati.

3.5 TRAPIANTI

Nel caso di trapianti di organi o di parte di essi conseguente a malattia o ad infortunio, il Titolare delle prestazioni sarà liquidato delle 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 e i trattamenti mirati alla prevenzione del rigetto.

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'Assistito 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" e gli esami sostenuti anche per il neonato 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" e gli esami sostenuti anche per il neonato ; 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 con applicazione di franchigia pari ad euro 1.000,00, 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 3.3 "Day Hospital";

Punto 3.4 "Intervento Chirurgico Ambulatoriale";

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 15%, con il minimo non indennizzabile di euro 1.500,00, 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 3.3 "Day Hospital";

Punto 3.4 "Intervento Chirurgico Ambulatoriale";

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'Assistito sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Titolare delle prestazioni sarà integralmente rimborsato dell'importo da lui anticipato; 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'Assistito, 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

L'Assistito, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso annessa, avrà diritto a un'indennità di euro 103,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero. In caso di parto l'indennità giornaliera viene elevata a euro 230,00.

3.10 MASSIMALI A GARANZIA

Il massimale annuo per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a euro 300.000,00 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

- Artrografia
- 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
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- 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 6.000,00 per nucleo familiare.

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 50,00 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

Il Titolare delle prestazioni sarà rimborsato delle spese per visite specialistiche (anche omeopatiche) e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

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 in cui l'Assistito 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 60,00 per ogni visita specialistica, accertamento diagnostico, ciclo di terapia. Le prescrizioni mediche per medicinali sono rimborsabili con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

Nel caso in cui l'Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a personale convenzionato, le spese sostenute vengono liquidate direttamente alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia a carico dell'assicurato pari ad euro 35,00 per ogni visita specialistica, accertamento diagnostico, ciclo di terapia. Le prescrizioni mediche per medicinali sono rimborsabili con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

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

Ai fini del rimborso dei medicinali è necessario l'invio della seguente documentazione:

- copia delle prescrizioni mediche;
- fustelle staccate dalla confezione del farmaco o parte della confezione del farmaco da cui risultino

denominazione e prezzo del farmaco;

- relativi scontrini fiscali.

Non verrà, in ogni caso previsto il rimborso per medicinali quali ad esempio viagra, pillole contro l'obesità, anticoncezionali, prodotti di dermocosmesi.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a euro 2.100,00 per nucleo familiare.

6. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

Il Titolare delle prestazioni sarà rimborsato delle spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di euro 1.400,00 per nucleo familiare. Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 30%.

7. MALATTIE ONCOLOGICHE

Il Titolare delle prestazioni 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

Per gli uomini
RX del torace

Per le donne
Ecodoppler venoso arti inferiori ed Ecodoppler arterioso arti inferiori

Oltre 50 anni di età
Ricerca sangue occulto feci
Radiografia polmonare
Ecodoppler TSA

Per gli uomini (una volta l'anno)
PSA (specifico antigene prostatico)

Per le donne (una volta l'anno)
Mammografia ed Ecografia mammaria

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 2.000,00 per nucleo 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 della Società aggiudicataria al numero verde

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 delle strutture convenzionate.

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 OCULISTICHE

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 200,00 per sinistro 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 integralmente senza applicazione di alcuna franchigia.

11. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde dal lunedì al venerdì dalle ore _____ alle ore _____

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia

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.

12. MODALITA' DI PAGAMENTO DEI "CONTRIBUTI DI SOLIDARIETA'"

I contributi sono determinati in un'unica soluzione per i Dipendenti della CNPADC e relativi nuclei familiari.

Il contributo relativo alla copertura sanitaria a favore del Dipendente della CNPADC prevede la suddivisione in quote tra la CNPADC e il dipendente, tale suddivisione è determinata mediante accordo o regolamento aziendale.

Il versamento dei contributi alla Cassa aziendale AASSOD è effettuato dalla CNPADC che ne assume la responsabilità anche per la parte di spettanza del singolo dipendente.

Il contributo deve riguardare la totalità dei dipendenti oppure categorie omogenee degli stessi (es. quadri, impiegati, operai ecc.). Il criterio di omogeneità è rispettato anche dove, all'interno della stessa categoria di dipendenti, sussistano ulteriori suddivisioni (es. impiegati di 1°, 2°, 3° livello, ecc...) e indipendentemente dal numero di lavoratori rispondenti alle caratteristiche previste.

Il Contributo da versare alla Cassa aziendale AASSOD è calcolato sulla base delle adesioni dei dipendenti e delle eventuali estensioni dei relativi nuclei familiari alla data dell'01/01/2021, salvo quanto ulteriormente previsto per i casi di cui al successivo art. 13, punti 2 e 3. Il versamento del contributo dovrà avvenire entro 30 giorni, dalla richiesta di pagamento da parte della Cassa aziendale alla quale la CNPADC aderirà. Il mancato pagamento sospende l'erogazione delle prestazioni dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello di scadenza.

Trascorsi ulteriori 15 giorni da tale termine, la Cassa aziendale AASSOD può recedere dal contratto con lettera raccomandata; fermo il diritto alla riscossione anche giudiziale del contributo scaduto antecedentemente.

L'erogazione delle prestazioni sospesa riprende a decorrere, qualora la Cassa aziendale AASSOD non abbia dichiarato la risoluzione del contratto, dalle ore 24,00 del giorno di pagamento del contributo, ferme le successive scadenze stabilite.

13. INCLUSIONI/ESCLUSIONI

- 1) **Inclusione del nucleo familiare.** I dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto possono includere con costi a proprio carico i componenti il nucleo familiare come definito al punto 2 "Persone aventi diritto alle prestazioni" entro la data di effetto dell'annualità di polizza.
Il dipendente allo scadere di ogni annualità di polizza può escludere dalla copertura uno o più familiari inseriti secondo quanto previsto al presente paragrafo 13, punti 1,2 e 3, senza possibilità di reinserimento.
- 2) **Inclusione di familiari per eventi successivi alla data di effetto del contratto**
Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione dei componenti il nucleo familiare come definito al punto 2 "Persone aventi diritto alle prestazioni", secondo capoverso, in un momento successivo alla decorrenza del contratto è consentita limitatamente al coniuge nel caso di nuovo matrimonio, al convivente nel caso di nuova convivenza e ai figli nel caso di nuove nascite nuove adozioni . Sono equiparati alle nuove nascite e alle nuove adozioni i nuovi affidamenti. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificato l'evento sempreché lo stesso venga comunicato entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo contributo.
In caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'evento alla Cassa aziendale AASSOD, sempreché sia stato pagato il relativo contributo.
- 3) **Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto del contratto**
In caso di nuove assunzioni, la garanzia per il dipendente e i familiari indicati al punto 2 "Persone aventi diritto alle prestazioni", primo capoverso, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni alla Cassa aziendale AASSOD. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Cassa aziendale AASSOD.
Qualora il dipendente intenda inserire i componenti il nucleo familiare come definito al punto 2 "Persone aventi diritto alle prestazioni" dovrà includerli nella garanzia all'atto dell'assunzione e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Cassa aziendale AASSOD dell'apposito modulo e pagamento del relativo contributo.
- 4) **Inclusioni (Assistiti):**
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 o mancata adesione**
Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari in garanzia vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

A- CONDIZIONI GENERALI

A-1 EFFETTO DELLE GARANZIE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00:00 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 00:00 del giorno dell'avvenuto pagamento.

Il contributo deve essere pagato alla Cassa aziendale AASSOD.

Il mancato pagamento del contributo causa la sospensione della garanzia dalle ore 00:00 del

trentesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende efficacia dalle ore 00:00 del giorno di pagamento.

A-2 TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre, per i dipendenti ed i familiari del dipendente che non hanno aderito dalla data di decorrenza della polizza, dalle ore 00:00

- del giorno di effetto del contratto per l'erogazione delle prestazioni per gli infortuni;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto del contratto per l'erogazione delle prestazioni per le malattie pregresse conosciute;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto del contratto per l'erogazione delle prestazioni per il parto e le malattie da puerperio.

A-3 DURATA DELLE GARANZIE

Il contratto ha una durata triennale e scade alle ore 24:00 della data indicata sul frontespizio, salvo ovviamente le opzioni previste dalla Lex Specialis di Gara alla quale si rimanda.

A-4 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DELLE GARANZIE

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

A-5 FORO COMPETENTE

A scelta della parte attrice, il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Cassa aziendale AASSOD.

A-6 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

A-7 ALTRE GARANZIE

Il Socio Aziendale/Assistito è esonerato dal dichiarare alla Cassa aziendale AASSOD l'eventuale esistenza di altre garanzie in essere stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assistito di dare avviso in caso di evento dannoso.

A-8 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-9 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.

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 anisotropia 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 protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. 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);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. 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;
7. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
8. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
9. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
10. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
11. 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;
12. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
13. il rimborso delle spese per marche da bollo.

B-3 LIMITI DI ETÀ'

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

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

C- EVENTI DANNOSI

C-1 DENUNCIA DELL'EVENTO DANNOSO

L'Assistito o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al numero.verde (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia) 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'Assistito utilizzi una struttura sanitaria convenzionata senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa 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'Assistito 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'Assistito 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'Associato 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'Assistito deve inviare alla società aggiudicataria 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 informazioni sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno 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'Assistito 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'Assistito.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate

La documentazione di spesa in originale viene conservata dalla Società e inviata all'Assistito 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.

D REPORT SINISTRI

D.1 OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO TECNICO

La Società, con cadenza annuale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri senza seguito;
- sinistri respinti (mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita alla CNPADC mediante supporto cartaceo e informatico editabile ed utilizzabile dalla CNPADC medesima, in formato excel o altro formato compatibile con i normali sistemi informatici in uso presso gli uffici del Contraente . Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono alla CNPADC di chiedere ed ottenere entro 40 giorni dalla richiesta un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Gli obblighi a fornire i dati relativi all'andamento tecnico del rischio, permane in capo alla Società anche oltre la scadenza contrattuale e fino a quando tutti i sinistri denunciati sul contratto non sono stati definiti.