

GUIDA ALLA CONVENZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

Cassa di Assistenza SANINT

per

AIMO - Associazione Italiana Medici Oftalmologi

CONDIZIONI VALIDE DAL 30/12/2024 AL 30/12/2025

I dati riportati nella presente Guida rappresentano i punti di interesse dell'Assistito, inerenti alla copertura contratta da CASSA DI ASSISTENZA SANINT con il Mercato Assicurativo per garantire le prestazioni offerte agli Iscritti AIMO, e che resta elemento vincolante ai fini della garanzia. Le coperture sono operanti, nei limiti contrattuali previsti, per i nominativi segnalati espressamente a CASSA SANINT nelle modalità indicate e solo nel caso i rispettivi contributi associativi siano stati regolarmente versati.

ASSISTENZA SANITARIA 2025

Opzione 2C Completa – A2

Contratto soggetto a S.I.R. – Self Insurance Retention (vd. dettagli pag.3)

| NUCLEO | DEFINIZIONE: Il Caponucleo (iscritto AIMO) nonché il rispettivo coniuge, il convivente more uxorio risultante dallo stato di famiglia nonché il convivente more uxorio anche dello stesso sesso (purché risultante da certificato di residenza e da autocertificazione di convivenza), i figli tutti conviventi (sia dell'assicurato che del coniuge o convivente more uxorio) e risultanti dallo stato di famiglia, i figli identificati come sopra, non conviventi purché fiscalmente a carico LIMITE D'ETÀ: 90 anni (per la garanzia Long Term Care il limite di età è 85 anni) LIMITI TERRITORIALI: Mondo Intero | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------|-----------------------|--|---|--|---|--|---|--|--|---|--|--|---|---|--|--|-------------------|
| AREA RICOVERO | <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="121 484 818 550">PRESTAZIONI SANITARIE</th> <th data-bbox="818 484 1395 550">MASSIMALI ANNO/NUCLEO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="121 550 818 1014"> <p>Ricoveri e day hospital con o senza intervento chirurgico, interventi ambulatoriali: Sono compresi gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria, materiale d'intervento, apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento, trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero; assistenza medica e infermieristica, cure anche omeopatiche, esami e medicinali effettuati durante il periodo di ricovero; rette di degenza. Sono compresi gli esami, accertamenti diagnostici e le visite specialistiche effettuati 150 gg. prima e relativi al ricovero nonché esami, visite specialistiche, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, noleggio di apparecchi protesici e sanitari (comprese carrozzelle ortopediche), trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse spese alberghiere) effettuati nei 150 gg. successivi al ricovero. La prestazione per cure termali non è dovuta in caso di Day Hospital senza intervento. In caso di trapianto di organi sono comprese le prestazioni sanitarie effettuate nei 180 giorni prima e dopo il ricovero.</p> </td> <td data-bbox="818 550 1395 1014"> <p>€ 500.000,00</p> <p>Sottolimito Day Hospital senza intervento € 10.000,00</p> <p>Scoperto 15% con il massimo di € 4.000,00 per prestazioni effettuate fuori convenzionamento</p> <p>Nessuno scoperto/franchigia per prestazioni effettuate in convenzionamento</p> <p>Ticket rimborsabili al 100%</p> <p>Sottolimito spese sostenute in caso di ricovero a seguito di malattia mentale: € 2.000,00</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="121 1014 818 1078"> <p>Rimborso copia della cartella clinica</p> </td> <td data-bbox="818 1014 1395 1078"> <p>Sottolimito cartella clinica € 60,00 / persona</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="121 1078 818 1145"> <p>Trasporto dell'assistito: in autoambulanza, treno o aereo all'istituto di cura e viceversa.</p> </td> <td data-bbox="818 1078 1395 1145"> <p>Sottolimito spese trasporto € 2.600,00</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="121 1145 818 1213"> <p>Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore: in istituto di cura o in struttura alberghiera in caso di indisponibilità dell'istituto</p> </td> <td data-bbox="818 1145 1395 1213"> <p>Sottolimito spese accompagnatore € 52,00 al giorno con un massimo di € 2.000,00</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="121 1213 818 1464"> <p>Parto: Relativamente ai ricoveri per parto sono previste anche le rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti per il neonato</p> </td> <td data-bbox="818 1213 1395 1464"> <p>Sottolimito parto cesareo € 10.000,00 per evento Sottolimito parto naturale € 2.600,00 per evento</p> <p>Scoperto 15% con il massimo di € 4.000,00 per prestazioni effettuate fuori convenzionamento</p> <p>Nessuno scoperto/franchigia per prestazioni effettuate in convenzionamento</p> <p>Ticket rimborsabili al 100%</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="121 1464 818 1696"> <p>Interventi correzione visus: Interventi per la correzione di tutti i vizi di rifrazione</p> </td> <td data-bbox="818 1464 1395 1696"> <p>Sottolimito correzione visus € 1.100,00 per occhio</p> <p>Scoperto 15% con il massimo di € 4.000,00 per prestazioni effettuate fuori convenzionamento</p> <p>Nessuno scoperto/franchigia per prestazioni effettuate in convenzionamento</p> <p>Ticket rimborsabili al 100%</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="121 1696 818 1763"> <p>Indennità sostitutiva: Per ricoveri a totale carico del SSN.</p> </td> <td data-bbox="818 1696 1395 1763"> <p>€ 130,00 per pernottamento Massimo 150 gg per persona</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="121 1763 818 1823"> <p>Rimpatrio salma: In caso di decesso avvenuto all'estero</p> </td> <td data-bbox="818 1763 1395 1823"> <p>€ 2.000,00</p> </td> </tr> </tbody> </table> | PRESTAZIONI SANITARIE | MASSIMALI ANNO/NUCLEO | <p>Ricoveri e day hospital con o senza intervento chirurgico, interventi ambulatoriali: Sono compresi gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria, materiale d'intervento, apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento, trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero; assistenza medica e infermieristica, cure anche omeopatiche, esami e medicinali effettuati durante il periodo di ricovero; rette di degenza. Sono compresi gli esami, accertamenti diagnostici e le visite specialistiche effettuati 150 gg. prima e relativi al ricovero nonché esami, visite specialistiche, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, noleggio di apparecchi protesici e sanitari (comprese carrozzelle ortopediche), trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse spese alberghiere) effettuati nei 150 gg. successivi al ricovero. La prestazione per cure termali non è dovuta in caso di Day Hospital senza intervento. In caso di trapianto di organi sono comprese le prestazioni sanitarie effettuate nei 180 giorni prima e dopo il ricovero.</p> | <p>€ 500.000,00</p> <p>Sottolimito Day Hospital senza intervento € 10.000,00</p> <p>Scoperto 15% con il massimo di € 4.000,00 per prestazioni effettuate fuori convenzionamento</p> <p>Nessuno scoperto/franchigia per prestazioni effettuate in convenzionamento</p> <p>Ticket rimborsabili al 100%</p> <p>Sottolimito spese sostenute in caso di ricovero a seguito di malattia mentale: € 2.000,00</p> | <p>Rimborso copia della cartella clinica</p> | <p>Sottolimito cartella clinica € 60,00 / persona</p> | <p>Trasporto dell'assistito: in autoambulanza, treno o aereo all'istituto di cura e viceversa.</p> | <p>Sottolimito spese trasporto € 2.600,00</p> | <p>Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore: in istituto di cura o in struttura alberghiera in caso di indisponibilità dell'istituto</p> | <p>Sottolimito spese accompagnatore € 52,00 al giorno con un massimo di € 2.000,00</p> | <p>Parto: Relativamente ai ricoveri per parto sono previste anche le rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti per il neonato</p> | <p>Sottolimito parto cesareo € 10.000,00 per evento Sottolimito parto naturale € 2.600,00 per evento</p> <p>Scoperto 15% con il massimo di € 4.000,00 per prestazioni effettuate fuori convenzionamento</p> <p>Nessuno scoperto/franchigia per prestazioni effettuate in convenzionamento</p> <p>Ticket rimborsabili al 100%</p> | <p>Interventi correzione visus: Interventi per la correzione di tutti i vizi di rifrazione</p> | <p>Sottolimito correzione visus € 1.100,00 per occhio</p> <p>Scoperto 15% con il massimo di € 4.000,00 per prestazioni effettuate fuori convenzionamento</p> <p>Nessuno scoperto/franchigia per prestazioni effettuate in convenzionamento</p> <p>Ticket rimborsabili al 100%</p> | <p>Indennità sostitutiva: Per ricoveri a totale carico del SSN.</p> | <p>€ 130,00 per pernottamento Massimo 150 gg per persona</p> | <p>Rimpatrio salma: In caso di decesso avvenuto all'estero</p> | <p>€ 2.000,00</p> |
| PRESTAZIONI SANITARIE | MASSIMALI ANNO/NUCLEO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Ricoveri e day hospital con o senza intervento chirurgico, interventi ambulatoriali: Sono compresi gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria, materiale d'intervento, apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento, trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero; assistenza medica e infermieristica, cure anche omeopatiche, esami e medicinali effettuati durante il periodo di ricovero; rette di degenza. Sono compresi gli esami, accertamenti diagnostici e le visite specialistiche effettuati 150 gg. prima e relativi al ricovero nonché esami, visite specialistiche, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, noleggio di apparecchi protesici e sanitari (comprese carrozzelle ortopediche), trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse spese alberghiere) effettuati nei 150 gg. successivi al ricovero. La prestazione per cure termali non è dovuta in caso di Day Hospital senza intervento. In caso di trapianto di organi sono comprese le prestazioni sanitarie effettuate nei 180 giorni prima e dopo il ricovero.</p> | <p>€ 500.000,00</p> <p>Sottolimito Day Hospital senza intervento € 10.000,00</p> <p>Scoperto 15% con il massimo di € 4.000,00 per prestazioni effettuate fuori convenzionamento</p> <p>Nessuno scoperto/franchigia per prestazioni effettuate in convenzionamento</p> <p>Ticket rimborsabili al 100%</p> <p>Sottolimito spese sostenute in caso di ricovero a seguito di malattia mentale: € 2.000,00</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Rimborso copia della cartella clinica</p> | <p>Sottolimito cartella clinica € 60,00 / persona</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Trasporto dell'assistito: in autoambulanza, treno o aereo all'istituto di cura e viceversa.</p> | <p>Sottolimito spese trasporto € 2.600,00</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore: in istituto di cura o in struttura alberghiera in caso di indisponibilità dell'istituto</p> | <p>Sottolimito spese accompagnatore € 52,00 al giorno con un massimo di € 2.000,00</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Parto: Relativamente ai ricoveri per parto sono previste anche le rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti per il neonato</p> | <p>Sottolimito parto cesareo € 10.000,00 per evento Sottolimito parto naturale € 2.600,00 per evento</p> <p>Scoperto 15% con il massimo di € 4.000,00 per prestazioni effettuate fuori convenzionamento</p> <p>Nessuno scoperto/franchigia per prestazioni effettuate in convenzionamento</p> <p>Ticket rimborsabili al 100%</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Interventi correzione visus: Interventi per la correzione di tutti i vizi di rifrazione</p> | <p>Sottolimito correzione visus € 1.100,00 per occhio</p> <p>Scoperto 15% con il massimo di € 4.000,00 per prestazioni effettuate fuori convenzionamento</p> <p>Nessuno scoperto/franchigia per prestazioni effettuate in convenzionamento</p> <p>Ticket rimborsabili al 100%</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Indennità sostitutiva: Per ricoveri a totale carico del SSN.</p> | <p>€ 130,00 per pernottamento Massimo 150 gg per persona</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Rimpatrio salma: In caso di decesso avvenuto all'estero</p> | <p>€ 2.000,00</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



I dati riportati rappresentano semplicemente i punti salienti della convenzione assicurativa e non costituiscono quindi in alcun modo elemento vincolante ai fini della garanzia per la quale fa testo unicamente la convenzione assicurativa.

| | PRESTAZIONI SANITARIE | MASSIMALI ANNO/NUCLEO |
|---------------------|---|---|
| AREA EXTRA RICOVERO | Spese di alta diagnostica: Chemioterapia, cobaltoterapia, dialisi, doppler, elettrocardiografia, elettroencefalografia, laserterapia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, TAC, telecuore, diagnostica radiologica, ecografia, amniocentesi, tekerterapia, onde d'urto, PET, radioterapia, tutti gli esami endoscopici con e senza biopsia, ago aspirato, pre-natal safe/harmony test/villoctensi (per donne > 35 anni) | € 5.000,00 Scoperto 20% min. € 35,00 per sinistro per prestazioni effettuate fuori convenzionamento Franchigia fissa di € 20,00 per sinistro per prestazioni effettuate in convenzionamento Ticket rimborsabili al 100% |
| | Cure Oncologiche Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie | € 10.000,00 Scoperto 20% min. € 35,00 per sinistro per prestazioni effettuate fuori convenzionamento Franchigia fissa di € 15,00 per sinistro per prestazioni effettuate in convenzionamento Ticket rimborsabili al 100% |
| | Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio: Visite specialistiche (escluse odontoiatriche e ortodontiche), trattamenti fisioterapici e rieducativi, noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici, infiltrazioni con farmaco effettuati da medico, cure termali, accertamenti diagnostici, agopuntura ed elettroagopuntura effettuato da medico, chiropratica, logopedia, osteopatia, pranoterapia, cure psicoterapiche e con il limite di € 52,00 al giorno assistenza infermieristica domiciliare | €5.000,00 Sottolimito cure psicoterapiche € 500,00 (max 10 sedute € 50,00 cad) Scoperto 20% min. € 35,00 per sinistro per prestazioni effettuate fuori convenzionamento Franchigia fissa di € 15,00 per sinistro per prestazioni effettuate in convenzionamento Ticket rimborsabili al 100% |
| | Riabilitazione a seguito di diagnosi di: Autismo, dislalia, discalculia: inserimento visite, accertamenti diagnostici e terapie (compresa la pet therapy) | € 3.000,00 |
| | Fecondazione Assistita | € 1.000 |
| | Disforia di genere: spese sanitarie sostenute durante il periodo di validità della copertura e in seguito alla sentenza di approvazione emessa dal Tribunale in data successiva alla decorrenza della copertura. Sono comprese le sedute di psicoterapia/psichiatria; le spese per l'endocrinologo e la cura ormonale; il rimborso dei farmaci prescritti. In caso di intervento chirurgico per il cambio di sesso, sono compresi: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria, materiale d'intervento, trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero; assistenza medica e infermieristica, cure anche omeopatiche, esami e medicinali effettuati durante il periodo di ricovero; rette di degenza; esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati 120 gg. prima e relativi al ricovero nonché esami, visite specialistiche, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 gg. successivi al ricovero; epilazione definitiva con il sottolimito di € 1.000,00; interventi puramente estetici non previsti dai principali protocolli applicabili con il sottolimito di € 4.000,00 | € 15.000,00 elevato a € 30.000,00 in caso d'intervento chirurgico La retroattività delle spese coperte è pari ad anni due dalla data delle sentenza |
| | Crioconservazione del cordone ombelicale | € 1.000,00 solo in convenzionamento Scoperto 50% |
| | Acquisto di presidi e protesi ortopediche ed acustiche | € 1.600,00 Sottolimito presidi ortopedici € 300,00 |



| | PRESTAZIONI SANITARIE | MASSIMALI ANNO/NUCLEO |
|-------------|--|--|
| PREVENZIONE | <p>Medicina Preventiva: Uomo: elettrocardiogramma a riposo e da sforzo, RX torace, esami del sangue - emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT, gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine - urine completo, Psa e Psa free, ecografia addome, esame nevi in epiluminescenza, vaccino antinfluenzale, visita cardiologica, visita oculistica, visita pneumologica con esame spirometrico, visita urologica, esame del sangue occulto, visita otorinolaringoiatrica, visita dermatologica, Moc Rx densitometria ossea, ecocolordoppler, vaccinazioni a scopo profilattico (acquisto e somministrazione), visite mediche/resine nicotiniche/farmaci/agopuntura prescritta dal medico mirati alla disassuefazione tabagica, igiene orale con ablazione del tartaro.</p> <p>Donna: mammografia, paptest, elettrocardiogramma a riposo e da sforzo, esami del sangue - emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT, gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine - urine completo, RX torace, ecografia addome, esame nevi in epiluminescenza, vaccino antinfluenzale, visita cardiologica, visita oculistica, visita pneumologica con esame spirometrico, visita urologica, visita ginecologica, ecografia mammaria, esame del sangue occulto, visita otorinolaringoiatrica, visita dermatologica, Moc Rx densitometria ossea, ecocolordoppler, vaccinazioni a scopo profilattico (acquisto e somministrazione), visite mediche/resine nicotiniche/farmaci/agopuntura prescritta dal medico mirati alla disassuefazione tabagica, igiene orale con ablazione del tartaro.</p> | <p>€ 600,00 biennio /nucleo</p> <p>scoperto 20%, minimo € 25,00 per prestazioni effettuate fuori convenzionamento</p> <p>Nessuno scoperto/franchigia per prestazioni effettuate in convenzionamento</p> <p>Ticket rimborsabili al 100%</p> |
| LTC | <p>Garanzia Long Term Care: Opera in caso di incapacità del caponucleo a svolgere almeno 4 delle seguenti attività: muoversi nella stanza – alzarsi e mettersi a letto – vestirsi e svestirsi – bere e nutrirsi – mantenere l'igiene personale – svolgere le funzioni fisiologiche</p> | <p>€ 6.500,00</p> <p>Rendita annua immediata, anticipata, per una durata massima di 3 anni – erogata con rateizzazione mensile</p> |

S.I.R. (Self Insurance Retention)

SIR, Self Insurance Retention: soglia sino alla quale i sinistri, pur riconosciuti come indennizzabili, rimangono a carico dell'Assistito. La SIR si calcola sull'importo rimborsabile dalla copertura. Non risulteranno dunque rimborsabili le spese richieste sino al raggiungimento dell'importo della SIR stessa, da intendere come unica per nucleo familiare e per anno ed applicata alle seguenti voci di rimborso:

| | |
|--|------------|
| Area Ricovero | € 3.000,00 |
| Alta Diagnostica | € 400,00 |
| Visite specialistiche ed esami diagnostici | € 100,00 |

L'applicazione della SIR non consente l'utilizzo della modalità di convenzionamento diretto fintanto che l'importo della SIR non sarà completamente esaurito; una volta che la SIR verrà superata (tramite richieste in modalità rimborsuale) sarà consentito richiedere prestazioni in regime di convenzionamento diretto.

Per la garanzia Ricovero, è sempre possibile accedere al convenzionamento diretto ma la prestazione sarà a carico dell'assistito fino al raggiungimento della SIR prevista. La parte eccedente sarà versata direttamente dalla Cassa alla struttura sanitaria.

La SIR opera in aggiunta alle franchigie e scoperti già previsti.

| COSTI | Contributo annuo per intero 2025, copertura dal 30/12/2024 al 30/12/2025: | Contributo per attivazione II semestre 2025, copertura dal 01/07/2025 al 30/12/2025: |
|-------|---|---|
| | <p>per Nucleo € 3.150,00</p> <p>per Single € 2.741,00</p> | <p>per Nucleo € 1.890,00 *</p> <p>per Single € 1.645,00 *</p> <p>* 60% del contributo annuo pieno</p> |



I dati riportati rappresentano semplicemente i punti salienti della convenzione assicurativa 2025 e non costituiscono quindi in alcun modo elemento vincolante ai fini della garanzia per la quale fa testo unicamente la convenzione assicurativa.

DETTAGLIO PRESTAZIONI

| | | |
|------|--------------------------|--|
| NOTE | ESTENSIONI DI GARANZIA | <p>Sono incluse nell'assicurazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le malattie che siano o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza nonché le malattie croniche e recidivanti; - gli interventi e le cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fermo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni". La gravidanza è considerata malattia a tutti gli effetti. |
| | ESTENSIONE TERRITORIALE | L'assicurazione vale per il mondo intero. |
| | ESCLUSIONI | <p>Sono escluse dall'assicurazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le intossicazioni dovute ad abuso di alcoolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo, in quest'ultimo caso, la somministrazione terapeutica), allucinogeni e simili; - gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose; - le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politiche o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente; - le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; - gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti; - le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia e plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio o da pregressa chirurgia demolitiva); - tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla "fecondazione assistita" e/o "fecondazione / inseminazione artificiale"; - le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le nevrosi, salvo quanto previsto alle condizioni di cui alla lettera b) Visite Specialistiche cure psicoterapiche. |
| | PERSONE NON ASSICURABILI | Non sono altresì assicurabili le persone di età superiore a 90 anni. Nel caso di compimento del 90° anno di età durante il corso dell'annualità assicurativa, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale del premio. |

SERVIZI ASSISTENZIALI

| | |
|---------|---|
| MY RETE | <p>Convenzionamento MYRETE (elenco centri e operatività nell'area www.sanint.it) Il convenzionamento MyRete consente il pagamento diretto da parte della Cassa nel caso in cui le cliniche e le équipe mediche siano convenzionate. Il convenzionamento è operativo nei casi di ricovero con/senza intervento chirurgico, parto, day hospital, spese di alta diagnostica, visite specialistiche, esami diagnostici, medicina preventiva (esclusi esami di laboratorio).</p> <p>Per l'attivazione del convenzionamento è necessario contattare il nr. 02.48538254, dal lunedì al venerdì nei seguenti orari: 09.15-12.00 e 13.30-17.00</p> <p>Il Convenzionamento è operativo solo in Italia.</p> |
| | <p>EAP Employee Assistance Program</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supporto psicologico a distanza h.24/ 7 per il solo Caponucleo – accesso illimitato • Consulenza socio assistenziale, legale e fiscale <p>Numero telefonico dall'Italia 800.26.03.15 oppure attraverso piattaforma dedicata</p> |



I dati riportati rappresentano semplicemente i punti salienti della convenzione assicurativa 2025 e non costituiscono quindi in alcun modo elemento vincolante ai fini della garanzia per la quale fa testo unicamente la convenzione assicurativa.

CONVENZIONAMENTO - PRESTAZIONE SANITARIA DI RICOVERO ED EXTRA RICOVERO IN FORMA DIRETTA -

L'Assicurato ha a disposizione per il tramite della **Centrale Operativa di MyRete**, un servizio di convenzionamento diretto per prestazioni in regime di ricovero, prestazioni fuori ricovero e Cure Dentarie da effettuarsi presso Strutture Sanitarie convenzionate.

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di una Struttura Sanitaria e di una Equipe Medica convenzionata, è sollevato da qualsiasi anticipo o pagamento diretto delle spese (dovrà sostenere autonomamente le franchigie previste), per prestazioni ricevute, sempreché indennizzabili a termini di polizza. Nel caso specifico del ricovero **l'assicurato dovrà verificare il convenzionamento contemporaneo della struttura sanitaria e dell'equipe medica prescelta.**

IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato per accedere al Circuito di Strutture Sanitarie Convenzionate con MyRete è necessario segua la procedura di Preattivazione, come di seguito illustrata:

1 - SCELTA DELLA STRUTTURA SANITARIA

Individuare la Struttura Sanitaria più adatta alle proprie esigenze, tra quelle convenzionate MyRete. Tale informazione è facilmente reperibile consultando il sito **<http://MyRete.it>** o contattando la Centrale Operativa tramite il numero 02/48538254. E' necessario in tutti i casi, farsi riconoscere dalla Struttura come Assistito Sanint/MyRete, eventualmente presentando anche la stampa del Modulo *on-line* di Preattivazione/Conferma che l'Assicurato potrà stampare dal portale web dedicato.

2 - PREATTIVAZIONE DEL SERVIZIO PER PRESTAZIONI SANITARIE DI RICOVERO EXTRARICOVERO

La procedura di preattivazione prevede che abbia già scelto autonomamente la struttura ove effettuare la prestazione sanitaria e si sia accertato che la Struttura Sanitaria abbia aderito al circuito convenzionato (tramite la struttura stessa o la centrale operativa MyRete) e sia stato fissato un appuntamento (giorno ed ora). In caso di ricovero anche medica deve aver aderito al circuito convenzionato, contemporaneamente alla struttura sanitaria.

In caso di prestazioni sanitarie di ricovero (ricovero con o senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Parto ed Intervento chirurgico ambulatoriale) ed extraricovero se previste in polizza (prestazioni di alta diagnostica, visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici, medicina preventiva, cure dentarie) è richiesto l'invio del Modulo di preattivazione tramite *e mail* all'indirizzo **convenamenti@myrete.it** oppure **attraverso la procedura on line prevista sul sito web reso disponibile dalla Cassa di Assistenza, almeno 3 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione sanitaria**; il Modulo dovrà essere compilato in ogni sua parte, corredato da un certificato medico indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta e la prestazione richiesta.

La Centrale Operativa comunicherà la conferma dell'avvenuta autorizzazione.

Il Personale della Centrale Operativa di MyRete è a completa disposizione degli Assicurati per evadere le loro richieste di informazioni e preattivazioni (lunedì al venerdì dalle ore 9,15 alle ore 12,00 e dalle ore 13,30 alle ore 17,00), telefonando al seguente numero: 02.48538254

La Compagnia, per il tramite della Centrale Operativa di MyRete, provvederà direttamente, a condizione che l'evento sia indennizzabile a termini di polizza ed entro il limite del massimale disponibile, al pagamento alle Strutture Sanitarie convenzionate e Medica convenzionate delle fatture, distinte o notule intestate all'Assicurato per le spese sopra specificate, al netto dell'eventuale importo previsto dal contratto stesso come franchigia a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato dovrà invece provvedere direttamente al pagamento delle spese per prestazioni ricevute non rientranti fra quelle di cui sopra e sarà tenuto a rimborsare alla Compagnia le somme che questa dovesse richiedergli per pagamenti effettuati agli Istituti di Cura ed ai medici, allorché si dovesse accertare la non validità o l'inoperatività e/o inefficacia dell'assicurazione nonché per pagamenti eccedenti il massimale disponibile o sui quali non sia stata applicata l'eventuale franchigia.

Per tutte le restanti spese sostenute al di fuori della presente convenzione e indennizzabili a termini di polizza, l'Assicurato dovrà inoltrare la relativa documentazione direttamente alla Compagnia, così come previsto in polizza all'articolo "Criteri di liquidazione".



I dati riportati rappresentano semplicemente i punti salienti della convenzione assicurativa 2025 e non costituiscono quindi in alcun modo elemento vincolante ai fini della garanzia per la quale fa testo unicamente la convenzione assicurativa.

DETTAGLIO PRESTAZIONI

La Società garantisce il **rimborso delle spese di seguito indicate** per gli infortuni e le malattie, fino alla concorrenza dei massimali previsti dall'Opzione attivata, per anno assicurativo e per nucleo familiare.

A) Ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio con o senza intervento chirurgico:

- gli onorari del Chirurgo, dell' Aiuto, dell' Assistente, dell' Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all' intervento chirurgico; i diritti di sala operatoria, materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l' intervento;
- l' assistenza medica ed infermieristica, cure - anche omeopatiche -, trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all' intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero, medicinali ed esami riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici), onorari medici per visite specialistiche, esami effettuati in Istituto di Cura o ambulatorio nei **150 giorni precedenti il ricovero**;
- onorari medici per visite specialistiche, esami, acquisto di medicinali e prodotti omeopatici, prestazioni mediche chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati in Istituto di Cura o ambulatorio nei **150 giorni successivi al ricovero**;
- **trasporto dell'Assicurato**, dal domicilio e/o residenza all' Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di Euro 2.600,00 per anno e per nucleo familiare;
- cartella clinica, entro il limite massimo Euro 60,00 per anno/persona.

Sono da intendersi compresi in garanzia anche i ricoveri derivanti dalla cura delle malattie mentali entro un limite massimo di Euro 2.000,00 per anno/nucleo. Resta valida l' esclusione delle malattie mentali, dei disturbi psichici in genere e le nevrosi a valere per le altre prestazioni, salvo quanto già disposto dall' Art. ESCLUSIONI.

Relativamente al **PARTO CESAREO** avvenuto in Istituto di cura, la garanzia s' intende prestata fino al massimo di € 10.000,00 per evento. Nel massimale previsto per il parto cesareo sono comprese le spese per rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, l' assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti per il neonato.

Relativamente al **PARTO NON CESAREO** avvenuto in Istituto di cura, la garanzia prestata fino al massimo di € 2.600,00 per evento.

Nel massimale previsto per il parto cesareo sono comprese le spese per rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, l' assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti per il neonato. In caso di Parto la Società rimborsa le spese sostenute per la crioconservazione privata delle cellule staminali del cordone ombelicale fino alla concorrenza di Euro 1.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare e previa applicazione di uno scoperto del 50%.

Al fine dell' ottenimento del rimborso sarà necessario presentare, unitamente alla fattura debitamente quietanzata, la documentazione comprovante che la prestazione sia stata erogata a favore dell' Assicurato.

Relativamente agli **interventi chirurgici finalizzati alla correzione di tutti i vizi di rifrazione**, la garanzia s' intende prestata fino ad un massimo di Euro 2.200,00 per anno e per nucleo con il limite di Euro 1.100,00 per occhio.

Limitatamente ai casi di interventi di **mastectomia a seguito di neoplasia maligna** che prevedano l' applicazione di protesi ricostruttiva, la garanzia è operante anche per l' intervento di chirurgia plastica per il riallineamento dell' altro seno, purchè effettuati in strutture sanitarie e da medici convenzionati o in SSN.

Qualora l' intervento per il riallineamento dell' altro seno fosse eseguito contestualmente con l' intervento di mastectomia, la garanzia è comunque operante purchè effettuato entro un anno dall' intervento principale.

La garanzia è operante per gli assicurati di età non superiore a 50 anni ed è prestata fino ad un massimo di Euro 2.000,00.

In caso di **ricovero con o senza intervento chirurgico di cui al precedente punto A)**, la Società, nell' ambito del massimale previsto per il caso di ricovero, rimborsa le spese sostenute per:

Day hospital – la garanzia ricovero s'intende estesa anche al caso in cui la degenza avvenga in regime di "day hospital" (degenza diurna); pertanto si precisa che:

- nei casi di degenza diurna con intervento chirurgico vale il massimale stabilito per il ricovero di cui al punto A).
- nei casi di day hospital senza intervento chirurgico viene stabilito un massimale, come da Opzione attivata, per anno e per nucleo. Sono comunque escluse le prestazioni sanitarie durante il ricovero riferite al donatore.

Trapianti, donatore - prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore, nel caso di trapianti di organi o parti di essi. Per le donazioni da viventi sono comprese le prestazioni sanitarie durante ricovero riferite al donatore;

Prima e dopo ricovero; ricoveri per trapianti; terapie antirigetto - prestazioni sanitarie fuori ricovero rese necessarie da trapianti di organi o parti di esse effettuate nei 180 giorni prima e dopo il ricovero, compresi i trattamenti mirati alla prevenzione del rigetto;

Vitto e pernottamento - in Istituto di cura di un accompagnatore dell'Assicurato fino alla concorrenza del massimale indicato dall'Opzione attiva per anno assicurativo e per nucleo familiare.

In caso di indisponibilità del pernottamento presso l'Istituto di Cura saranno rimborsate (nei limiti previsti) le spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso strutture alberghiere previa dichiarazione del medico attestante la necessità dell'assistenza al malato e dichiarazione di indisponibilità del pernottamento da parte dell'Istituto di Cura.

B) Visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio la Società rimborsa le spese sostenute, purchè pertinenti all'evento denunciato, per:

- onorari medici per visite specialistiche, purchè gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, purchè prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo;
- noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici;
- accertamenti diagnostici prescritti dal Medico curante;
- agopuntura ed elettro-agopuntura, purchè praticati da Medici regolarmente iscritti all'Albo;
- infiltrazioni con farmaco effettuate da Medici regolarmente
- chiropratica;
- logopedia;
- osteopatia;
- pranoterapia;
- cure termali;
- per assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal Medico curante, con il limite di Euro 52,00 giornalieri;
- per cure psicoterapiche con un limite di Euro 50,00 per seduta ed un massimo di 10 sedute per anno e per nucleo familiare.

Per cure psicoterapiche si intende: sedute di psicoterapia effettuate da psicologi e/o psichiatri psicoterapeuti, con esclusione dei farmaci eventualmente prescritti e delle visite specialistiche psichiatriche.

Saranno ammesse al risarcimento solo le notule riportanti la diagnosi.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza dei massimali indicati nell'Opzione attiva per anno assicurativo e per nucleo familiare.

C) Omissis

D) Medicina preventiva - spese relative alle prestazioni elencate nell'Opzione attiva.

Ciascuno degli esami riportati nell'Opzione attiva potrà essere effettuato anche in assenza di prescrizione medica.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di Euro 600,00 da intendersi quale disponibilità unica per **nucleo familiare/biennio assicurativo**. Sono coperte le seguenti opzioni:

Uomo: elettrocardiogramma a riposo e da sforzo, RX torace, esami del sangue - emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT, gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine - urine completo, Psa e Psa free, ecografia addome, esame nevi in epiluminescenza, vaccino antinfluenzale, visita cardiologica, visita, oculistica, visita pneumologica con esame spirometrico, visita urologica, esame del sangue occulto, visita otorinolaringoiatrica, visita dermatologica, Moc Rx densitometria ossea, ecocolordoppler, vaccinazioni a scopo

profilattico (acquisto e somministrazione), visite mediche/resine nicotiniche/farmaci/agopuntura prescritta dal medico mirati alla disassuefazione tabagica, igiene orale con ablazione del tartaro.

Donna: mammografia, paptest, elettrocardiogramma a riposo e da sforzo, esami del sangue - emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT, gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine - urine completo, RX torace, ecografia addome, esame nevi in epiluminescenza, vaccino antinfluenzale, visita cardiologica, visita oculistica, visita pneumologica con esame spirometrico, visita urologica, visita ginecologica, ecografia mammaria, esame del sangue occulto, visita otorinolaringoiatrica, visita dermatologica, Moc Rx densitometria ossea, ecocolordoppler, vaccinazioni a scopo profilattico (acquisto e somministrazione), visite mediche/resine nicotiniche/farmaci/agopuntura prescritta dal medico mirati alla disassuefazione tabagica, igiene orale con ablazione del tartaro.

E) Spese di alta diagnostica:

La Società rimborsa le spese per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono, stabilendo pertanto che le stesse vengono escluse dalla prestazione di cui all'art. "**B) Visite specialistiche (...)**"

- ago aspirato;
- amniocentesi/pre-natal safe/harmony test/villocentesi (per donne con età > 35 anni);
- chemioterapia;
- cobaltoterapia;
- diagnostica radiologica;
- dialisi;
- doppler;
- ecografia;
- elettrocardiografia;
- elettroencefalografia;
- esami endoscopici con/senza biopsia;
- laserterapia;
- onde d'urto;
- pet;
- radioterapia;
- risonanza magnetica nucleare;
- scintigrafia;
- tac;
- tekarterapia;
- telecuore;

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata sino al massimo previsto dall'Opzione attiva, per anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

F) Cure oncologiche: la Società rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica fino alla concorrenza del massimale indicato in Euro Opzione prescelta, per anno assicurativo e per nucleo familiare.

G) Omissis

H) Omissis

I) Acquisto di presidi ortopedici e protesi ortopediche e acustiche con il limite di massimale previsto dall'Opzione attivata - per i presidi ortopedici opera una sottolimito di € 300 per anno assicurativo e nucleo assicurato.

J) Rimpatrio della salma: in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero, con il limite di Euro 2.000,00. E' previsto un massimale aggiuntivo per le spese funerarie pari ad Euro 1.500 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Relativamente alle prestazioni previste ai punti **A) B) D) E) F)**, l'assicurato potrà avvalersi di **centri convenzionati tramite provider MyRete**. Si precisa che le analisi di laboratorio non potranno essere effettuate in regime di convenzionamento diretto.

L) Disforia di genere: La copertura assicurativa è da intendersi estesa alla DISFORIA DI GENERE con l'intesa che tale estensione è ammessa a sola condizione che la riassegnazione del genere sia provata dal tribunale competente con sentenza effettiva in data successiva alla data di effetto della presente Convenzione.

L'estensione è garantita entro un limite massimo di spesa pari ad Euro 15.000 per anno/nucleo; che si intende elevato ad Euro 30.000 in caso di intervento chirurgico per anno/nucleo.

Sono ammesse a rimborso anche le spese sostenute nei due anni precedenti alla data della sentenza predetta, fermo restando che verranno prese in considerazione le sole spese sostenute successivamente alla data di effetto della presente Convenzione, vale a dire dal 30.12.2021.

L'assicurato o il relativo nucleo familiare potranno usufruire di tale disponibilità fintanto che permarrà il rapporto di lavoro del capo nucleo con l'Azienda Associata. La prestazione assicurativa terminerà in concomitanza con la data di cessazione della copertura secondo quanto previsto dalla presente convenzione per le esclusioni in corso d'anno.

Ai fini del riconoscimento del rimborso le fatture relative alle spese sostenute dovranno indicare quale quesito diagnostico l'indicazione "disforia di genere /rettifica del sesso".

Sono rimborsabili le seguenti spese mediche.

Entro il limite di spesa di Euro 15.000,00:

quelle sostenute per sedute di psicoterapia/psichiatria;

quelle relative a visite specialistiche effettuate da endocrinologo, e spese per cure ormonali; sono altresì compresi gli eventuali farmaci prescritti.

Entro il limite di spesa di Euro 30.000,00 (solo a seguito di intervento chirurgico):

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;

- i diritti di sala operatoria, materiale di intervento, trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero;

- l'assistenza medica e infermieristica, cure anche omeopatiche, esami e medicinali effettuati durante il periodo di ricovero;

- le rette di degenza;

- gli esami, accertamenti diagnostici e le visite specialistiche effettuati 120 gg. prima e relativi al ricovero con intervento, nonché esami, visite specialistiche, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 gg. antecedenti l'intervento;

- epilazione definitiva, con un sottolimito di Euro 1.000 per anno/nucleo;

- interventi puramente estetici non previsti dai principali protocolli applicabili, con un sottolimito di Euro 4.000 anno/nucleo.

La presente estensione non prevede applicazione di franchigie e/o scoperti.

M) Riabilitazione a seguito di diagnosi di autismo, dislalia, discalculia entro un limite massimo di spesa di Euro 3.000,00 per anno / nucleo. Si intendono comprese le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie (compresa la pet therapy) purché prescritte da un medico.

La presente estensione non prevede applicazione di franchigie e/o scoperti.

FRANCHIGIE E SCOPERTI:

Valgono i seguenti scoperti e franchigie:

➤ Per garanzie **a. ricovero con o senza intervento chirurgico:**

In caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con MyRete e/o in caso di intervento chirurgico eseguito da equipe operatoria non convenzionata con MyRete:

- scoperto 15% con il massimo di Euro 4.000,00 per sinistro.

➤ Per garanzia **b. visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio:**

in caso di non utilizzo del network MyRete:

- scoperto del 20% con il minimo di Euro 35,00 per sinistro.

in caso di utilizzo del network MyRete:

- franchigia di Euro 15,00.
Il convenzionamento diretto My Rete NON è operante per gli esami di laboratorio.
- Per garanzia **d. medicina preventiva**:
in caso di non utilizzo del network MyRete:
 - scoperto del 20% con il minimo di Euro 25,00.-in caso di utilizzo del network MyRete
 - nessuno scoperto o franchigiaIl convenzionamento diretto My Rete NON è operante per gli esami di laboratorio.
- Per garanzia **e. spese di alta diagnostica**:
in caso di non utilizzo del network MyRete:
 - scoperto del 20% con il minimo di Euro 35,00 per sinistro.in caso di utilizzo del network MyRete:
 - franchigia di Euro 20,00.
- Per garanzia **f. cure oncologiche**:
in caso di non utilizzo del network MyRete:
 - scoperto del 20% con il minimo di Euro 35,00 per sinistro;in caso di utilizzo del network MyRete:
 - franchigia di Euro 15,00

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

SIR - (SELF INSURANCE RETENTION)

Sulle garanzie prestate si applicherà la seguente franchigia S.I.R. (Self Insurance Retention)

Per l'Area Ricovero è fissata ad € 3.000,00

Per l'Alta Diagnostica è fissata ad € 400,00

Per Visite specialistiche ed esami diagnostici è fissata ad € 100,00

- E' una soglia sino alla quale i sinistri, pur riconosciuti come indennizzabili, rimangono a carico dell'Assistito.
- Si calcola sull'importo rimborsabile dalla copertura. Non risulteranno dunque rimborsabili le spese richieste sino al raggiungimento dell'importo della SIR stessa, da intendere come unica per nucleo familiare e per anno.
- L'applicazione della SIR non consente l'utilizzo della modalità di convenzionamento diretto fintanto che l'importo della SIR non sarà completamente esaurito; una volta che la SIR verrà superata (tramite richieste in modalità rimborsuale) sarà consentito richiedere prestazioni in regime di convenzionamento diretto.

Per la garanzia Ricovero, è sempre possibile accedere al convenzionamento diretto ma la prestazione sarà a carico dell'assistito fino al raggiungimento della S.I.R. prevista, mentre la parte eccedente sarà versata direttamente dalla Cassa alla struttura sanitaria.

DIARIA SURROGATORIA

Se tutte le spese sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale, la Società corrisponderà l'indennità prevista nell'Opzione prescelta, per anno assicurativo e per persona, per ogni giorno di ricovero in Ospedale e/o Istituto di Cura.

NEONATI

Nel caso di variazione della composizione del nucleo familiare per nascita, la garanzia si intende, all'atto della variazione stessa, automaticamente operante nei confronti dei neonati purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro l'anno di copertura a cui la variazione si riferisce; resta inteso che la garanzia s'intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici purché effettuati entro 3 anni dalla nascita.

ESTENSIONI DI GARANZIA

Sono incluse nell'assicurazione:

- le malattie che siano o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza nonché le malattie croniche e recidivanti;

- gli interventi e le cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fermo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni". La gravidanza è considerata malattia a tutti gli effetti.

ESCLUSIONI

Sono escluse dall'assicurazione:

- le intossicazioni dovute ad abuso di alcoolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo, in quest'ultimo caso, la somministrazione terapeutica), allucinogeni e simili;
 - gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
 - le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politiche o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
 - le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
 - le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia e plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio o da pregressa chirurgia demolitiva);
 - tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla "fecondazione assistita" e/o "fecondazione / inseminazione artificiale";
 - le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le nevrosi, salvo quanto previsto alle condizioni di cui alla lettera b)
- Visite Specialistiche cure psicoterapiche.

PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono altresì assicurabili le persone di età superiore a 90 anni. Nel caso di compimento del 90° anno di età durante il corso dell'annualità assicurativa, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale del premio.

ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale per le persone designate in applicazione. Le inclusioni e le esclusioni di assicurati che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa sono regolamentate dal successivo articolo "**Modalità gestione anagrafiche degli assicurati**" e dovranno essere comunicate dalla Contraente a mezzo informatico; la garanzia avrà effetto a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di inclusione degli stessi secondo le modalità previste dall'articolo "Modalità gestione anagrafiche degli assicurati".

Per le inclusioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il 100% del premio annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il 60% del premio annuo.

In caso di esclusione di nuclei e/o persone in corso d'anno, non verrà effettuato alcun rimborso di premio che, pertanto, si considera acquisito dalla Società.

MODALITA' DI GESTIONE ANAGRAFICA DELLE PERSONE ASSICURATE

Premesso che:

- gli elenchi anagrafici dei soggetti assicurati, nonché le variazioni relative alla composizione dei nuclei e/o all'inserimento/cancellazione dei nuclei stessi, o di soggetti all'interno dei nuclei, sono ricevuti direttamente dal Broker, da parte degli Associati alla Contraente, il quale li comunica in formato elettronico direttamente alla Società;
- le informazioni di cui sopra sono trasmesse informaticamente dal Broker alla Società con cadenza mensile entro il giorno 5 di ogni mese, per tutte le variazioni e/o inserimenti/cancellazioni relativi ai 2 mesi precedenti mediante apposita procedura di scarico file dati.

Nel caso di variazione della composizione di un nucleo familiare assicurato (per nascita, matrimonio o modifiche di regime a carico) la garanzia s'intende, all'atto della variazione stessa automaticamente operante nei confronti dei nuovi assicurati, purchè la comunicazione alla Società venga effettuata entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo cui la variazione stessa si riferisce pena la decadenza del diritto all'indennizzo.

Di comune accordo tra la Società e la Contraente si stabilisce che la decorrenza della copertura assicurativa, in capo a ciascun soggetto o nucleo, decorre dalle ore 24 del giorno di inclusione nel sistema informatico da parte del Broker, nel limite temporale del mese solare antecedente allo scarico dei dati alla Società.

Specifiche deroghe, per inclusioni anteriori o in deroga a quanto sopra stabilito, devono essere pattuite per iscritto con la Società.

DENUNCIA DI INFORTUNIO O DI MALATTIA - Obblighi dell'Assicurato

In caso di assistenza indiretta, l'assicurato deve presentare denuncia al termine della cura, corredata dalla necessaria documentazione medica, alla società di gestione.

L'assicurato, i suoi familiari od i suoi aventi diritto devono consentire alla visita di un medico ed a qualsiasi indagine od accertamento che vengano ritenuti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'assicurato stesso.

Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

CRITERI DI LIQUIDAZIONE (Pagamento dell'indennizzo - Assistenza indiretta)

Nei casi in cui non sia operante il servizio convenzionato MyRete, la Società effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto dovuto dietro presentazione della documentazione fiscalmente idonea, debitamente quietanzata, previa detrazione delle eventuali franchigie e/o scoperti.

La documentazione deve essere intestata all'assicurato o ad un familiare beneficiario: il rimborso avviene in ogni caso a favore del dipendente Assicurato. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte ed effettuate da medico, corredate dalla relativa diagnosi, nonché fatturate da un Istituto di Cura, da uno studio medico o da un medico specialista; sono comunque escluse dal rimborso le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (salvo deroghe concordate con la Compagnia di Assicurazione).

La documentazione medica da fornire alla Società, oltre che la descrizione dell'evento oggetto della denuncia del sinistro, deve comprendere l'indicazione della natura e del tipo di cure prestate, pertinenti all'evento denunciato. Qualora l'assicurato debba presentare l'originale della documentazione ad un Ente Assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società effettuerà il rimborso dietro presentazione di una copia della predetta documentazione unitamente al documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente Assistenziale.

Per le spese sostenute all'Estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi/Banca d'Italia; la relativa documentazione dovrà essere prodotta dall'Assicurato corredata da traduzione in lingua italiana.

VALUTAZIONE DEL DANNO

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società o da un Perito da questa incaricato, con il Contraente o persona da lui designata.

In caso di disaccordo ciascuna delle Parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più arbitri da nominare con apposito atto. In tal caso la decisione dell'arbitro è inappellabile.

CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulle indennità, le parti interessate (l'assicurato da una parte e la Società dall'altra) rinviano per iscritto mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi delle indennità a norma e nei limiti delle condizioni di assicurabilità, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede nel comune sede. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

COMPETENZA TERRITORIALE

Per ogni controversia relativa all'interpretazione ed all'applicazione della presente Convenzione è competente esclusivamente l'Autorità giudiziaria di Milano.

CONVENZIONAMENTO - PRESTAZIONE SANITARIA DI RICOVERO ED EXTRA RICOVERO IN FORMA DIRETTA -

L'assicurato ha a disposizione per il tramite della **Centrale Operativa di MyRete**, un servizio di convenzionamento diretto per prestazioni in regime di ricovero, prestazioni fuori ricovero e Cure Dentarie da effettuarsi presso Strutture Sanitarie convenzionate.

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di una Struttura Sanitaria e di una Equipe Medica convenzionata, è sollevato da qualsiasi anticipo o pagamento diretto delle spese (dovrà sostenere autonomamente le franchigie previste), per

prestazioni ricevute, sempreché indennizzabili a termini di polizza. Nel caso specifico del ricovero **l'assicurato dovrà verificare il convenzionamento contemporaneo della struttura sanitaria e dell'equipe medica prescelta.**

IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato per accedere al Circuito di Strutture Sanitarie Convenzionate con MyRete è necessario segua la procedura di Preattivazione, come di seguito illustrata:

1 - SCELTA DELLA STRUTTURA SANITARIA

Individuare la Struttura Sanitaria più adatta alle proprie esigenze, tra quelle convenzionate MyRete. Tale informazione è facilmente reperibile consultando il sito <http://MyRete.it> o contattando la Centrale Operativa tramite il numero 02/48538254. E' necessario in tutti i casi, farsi riconoscere dalla Struttura come Assistito Sanint/MyRete, eventualmente presentando anche la stampa del Modulo *on-line* di Preattivazione/Conferma che l'Assicurato potrà stampare dal portale web dedicato.

2 - PREATTIVAZIONE DEL SERVIZIO PER PRESTAZIONI SANITARIE DI RICOVERO EXTRARICOVERO

La procedura di preattivazione prevede che abbia già scelto autonomamente la struttura ove effettuare la prestazione sanitaria e si sia accertato che la Struttura Sanitaria abbia aderito al circuito convenzionato (tramite la struttura stessa o la centrale operativa MyRete) e sia stato fissato un appuntamento (giorno ed ora). In caso di ricovero anche medica deve aver aderito al circuito convenzionato, contemporaneamente alla struttura sanitaria.

In caso di prestazioni sanitarie di ricovero (ricovero con o senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Parto ed Intervento chirurgico ambulatoriale) ed extraricovero se previste in polizza (prestazioni di alta diagnostica, visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici, medicina preventiva, cure dentarie) è richiesto l'invio del Modulo di preattivazione tramite *e mail* all'indirizzo convenzionamenti@myrete.it oppure **attraverso la procedura *on line* prevista sul sito web reso disponibile dalla Cassa di Assistenza, almeno 3 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione sanitaria**; il Modulo dovrà essere compilato in ogni sua parte, corredato da un certificato medico indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta e la prestazione richiesta.

La Centrale Operativa comunicherà la conferma dell'avvenuta autorizzazione.

Il Personale della Centrale Operativa di MyRete è a completa disposizione degli Assicurati per evadere le loro richieste di informazioni e preattivazioni (lunedì al venerdì dalle ore 9,15 alle ore 12,00 e dalle ore 13,30 alle ore 17,00), telefonando al seguente numero: 02.48538254

La Compagnia, per il tramite della Centrale Operativa di MyRete, provvederà direttamente, a condizione che l'evento sia indennizzabile a termini di polizza ed entro il limite del massimale disponibile, al pagamento alle Strutture Sanitarie convenzionate e Medica convenzionate delle fatture, distinte o notule intestate all'Assicurato per le spese sopra specificate, al netto dell'eventuale importo previsto dal contratto stesso come franchigia a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato dovrà invece provvedere direttamente al pagamento delle spese per prestazioni ricevute non rientranti fra quelle di cui sopra e sarà tenuto a rimborsare alla Compagnia le somme che questa dovesse richiedergli per pagamenti effettuati agli Istituti di Cura ed ai medici, allorché si dovesse accertare la non validità o l'inoperatività e/o inefficacia dell'assicurazione nonché per pagamenti eccedenti il massimale disponibile o sui quali non sia stata applicata l'eventuale franchigia.

Per tutte le restanti spese sostenute al di fuori della presente convenzione e indennizzabili a termini di polizza, l'Assicurato dovrà inoltrare la relativa documentazione direttamente alla Compagnia, così come previsto in polizza all'articolo "*Criteri di liquidazione*".

DEFINIZIONI

Annualità assicurativa: il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima data di scadenza del contratto.

Assicurato: la persona per la quale viene prestata l dalla Società ai sensi della presente copertura.

Assistenza infermieristica: l'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma.

Associata/Azienda Associata: la società che aderisce a Cassa di Assistenza Sanint.

Cartella Clinica: il documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

Certificato: il documento che stabilisce i termini di operatività della singola copertura assicurativa.

Contraente: la persona giuridca che stipula il contratto di assicurazione _Cassa di Assistenza SANINT Viale L. Bodio, 33 20158 Milano codice fiscale 97172170157.

Convenzione: il contratto che regola e disciplina i rapporti tra la Contraente e la Società.

Day Hospital: degenza in una Struttura Sanitaria in esclusivo regime diurno, riconosciuta come tale, solo dietro presentazione di cartella clinica.

Equipe operatoria: il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva all'intervento.

Equipe operatoria convenzionata: equipe operatoria come sopra definita rientrante nel convenzionamento My Rete.

Estero: gli Stati diversi da Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano.

Franchigia e scoperto: l'importo, espresso in cifra fissa o in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato riferito all'ammontare delle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato indennizzabili a termini di Polizza.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro, anche a titolo di rimborso.

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: il provvedimento terapeutico attuato con manovre manuali o strumentali, cruenta, eseguito anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgico curante. Sono considerati interventi chirurgici anche la litotripsia e la riduzione incruenta di fratture seguita da gessatura.

Intervento chirurgico ambulatoriale: l'intervento di chirurgia, effettuato senza ricovero, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione-Difetto fisico: L'alterazione organica, congenica o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnostica prima della stipulazione della polizza (o dell'ingresso in garanzia).

Massimale: è la somma massima liquidabile dall'assicuratore a titolo di indennizzo del Danno. E' in genere prevista tutte le volte in cui si desidera porre un limite al valore assicurabile oppure nei casi in cui non sia possibile identificare a priori il bene assicurato e quindi il suo valore.

Massimale per nucleo familiare: la disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per tutti i componenti il medesimo nucleo familiare che fa capo all'Assicurato, per una o più malattie/infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo.

Massimale per persona: la disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile all'assicurato per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo.

Medicinali: sono considerati tali quelli che risultano descritti sul Prontuario Farmaceutico, quindi non sono tali a titolo esemplificativo e non esaustivo i prodotti parafarmaceutici, cosmetici, dietetici, anche se prescritti da un medico.

MyRete: il prestatore di servizi di convenzionamento sanitario diretto denominato My Rete.

Nucleo Familiare: il caponucleo, il coniuge, il convivente more uxorio risultante dallo stato di famiglia nonché, il convivente more uxorio, anche dello stesso sesso, purchè risultante da certificato di residenza e da autocertificazione di convivenza; i figli conviventi (sia dell'assicurato sia del coniuge o convivente more uxorio) risultanti dallo stato di famiglia; i figli, identificati come sopra, non conviventi purchè fiscalmente a carico.

Patologia preesistente: infortuni occorsi e malattie diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'assicurazione o del successivo ingresso in copertura.

Protesi acustiche: protesi medica per la correzione delle disfunzioni del sistema uditivo.

Protesi ortopediche: sostituzione di arti o segmenti d'arto mancanti mediante speciali dispositivi artificiali.

Ricovero/ricovero ospedaliero: degenza in una Struttura Sanitaria che comporta almeno un pernottamento oppure in day hospital.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione dalla Società ai sensi della presente copertura.

Società: Compagnia di Assicurazione.

Società coassicuratrice: in un contesto di coassicurazione, si intende l'insieme delle imprese di assicurazione che condividono un determinato rischio assicurativo.

Società delegataria: in un contesto di coassicurazione, si intende la società a cui le Società Coassicuratrici hanno delegato la gestione del rischio assicurativo condiviso.

Somma assicurativa: è l'importo in relazione al quale la Società si impegna a fornire la propria prestazione.

Sottolimito: la somma fino alla concorrenza della quale la Società assicura la prestazione; tale somma è da intendersi quale sottolimito del massimale previsto per la garanzia di riferimento.

Struttura Sanitaria: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera, regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera, nonché i centri diagnostici e gli studi medici e odontoiatrici. Non sono considerate Strutture Sanitarie gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le residenze sanitarie assistenziali, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata: ogni struttura sanitaria come sopra definita rientrante nel convenzionamento My Rete.

Visita specialistica: la visita effettuata da medico fornito di specializzazione.