

Nomenclatore 2023

Previp, la scelta giusta!



Nomenclatore 2023

Nomenclatore delle prestazioni
in vigore dal 1° gennaio 2023

Premessa

Il presente nomenclatore è valido dal 1° gennaio 2023 al 31 dicembre 2023; alla scadenza annuale potrà essere aggiornato con modifiche e integrazioni delle prestazioni contenute. Il nomenclatore contiene la totalità delle prestazioni attualmente erogate da Previp Cassa di Assistenza.

Occorre precisare che le modalità di erogazione delle prestazioni possono essere diverse in relazione alle singole coperture scelte.

Nomenclatore delle prestazioni

SEZIONE A

PRESTAZIONI GARANTITE

AREA RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE E RICOVERO IN DAY HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO, COMPRESSE LE SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO

SPESE SOSTENUTE DURANTE IL RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

Sono rimborsate le spese sostenute relative a:

- Onorari del chirurgo, aiuto, assistente, anestesista o altro soggetto che partecipi attivamente all'intervento.
- Camera privata in ospedale.
- Cure di medicina intensiva.
- Diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, compresi l'utilizzo di apparecchiature terapeutiche e le endoprotesi applicate durante l'intervento stesso.
- Tutti i materiali necessari per un'operazione chirurgica, come parti del corpo artificiali o dispositivi quali materiali per l'artroplastica, viti e placche di fissaggio, protesi per la sostituzione di valvole cardiache, protesi endovascolari, defibrillatori impiantabili e stimolatori cardiaci.
- Assistenza medica e infermieristica, consulenze medico-specialistiche, cure (anche omeopatiche), trattamenti fisioterapici e rieducativi.
- Medicinali ed esami riguardanti il periodo di ricovero, purché inerenti alla verifica o al completamento della diagnosi di ricovero.
- Accertamenti diagnostici, PET e TAC – PET.
- Oncologia: onorario di specialisti, costo di esami diagnostici, della radioterapia, della chemioterapia e spese ospedaliere relative alla cura delle patologie oncologiche fin dal momento della loro diagnosi, spese per l'acquisto di un manufatto protesico esterno per scopi cosmetici, per esempio una parrucca in caso di perdita di capelli oppure un reggiseno per protesi in conseguenza di un trattamento per la cura del cancro.
- Rette di degenza.
- Assistenza Infermieristica privata individuale fino a concorrenza di un determinato importo giornaliero per un numero massimo di giorni.
- Spese vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso l'istituto in cui è ricoverato l'Assistito (o, in mancanza di disponibilità anche in albergo, hotel e similari) fino a concorrenza di un determinato importo giornaliero per un numero massimo di giorni; in caso di ricovero all'Estero, anche le spese sostenute dall'accompagnatore per il viaggio in treno/aereo di linea fino alla concorrenza di un determinato importo giornaliero per un numero massimo di giorni.
- Cure psichiatriche e psicoterapia.
- Dialisi renale.
- Cure dentali d'emergenza.

SPESE SOSTENUTE PRE-RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

Sono rimborsate le spese sostenute relative a:

- Accertamenti diagnostici effettuati (anche al di fuori dell'istituto di cura).
- Onorari medici attinenti agli accertamenti diagnostici di cui sopra.
- Spese di trasporto dell'Assistito con mezzo sanitariamente attrezzato all'istituto di cura o all'ambulatorio, di trasferimento da una struttura sanitaria ad altra e per rientro alla propria abitazione, fino a concorrenza di un determinato importo per persona o nucleo/anno. Spese di viaggio dei familiari assicurati.
- Spese di trasporto dell'Assistito, in caso d'emergenza, al centro medico idoneo più vicino tramite ambulanza, elicottero o aeroplano, qualora le cure necessarie coperte dal piano sanitario non siano disponibili in loco o non vi sia disponibilità di sangue compatibile e di materiale trasfusionale.
- Immunonutrizione.

SPESE SOSTENUTE POST-RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

Sono rimborsate le spese sostenute relative a:

- Esami, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche effettuati nei (giorni da definire) successivi al ricovero o intervento ambulatoriale.
- Acquisto medicinali nei (giorni da definire) dopo ricovero o intervento ambulatoriale.
- Trattamenti fisioterapici o rieducativi nei (giorni da definire) dopo ricovero o intervento ambulatoriale, incluso il noleggio dei macchinari per la fisioterapia e dei supporti ortopedici.
- Cure termali (escluse spese di natura alberghiera) effettuate nei (giorni da definire) dopo ricovero o intervento.
- Trasporto dell'Assistito, con mezzo sanitariamente attrezzato, alla struttura sanitaria/ambulatorio, per il trasferimento da una struttura ad un'altra e per il rientro alla propria abitazione, fino a concorrenza di € (somma da definire) per persona-nucleo/anno. Spese di viaggio dei familiari assicurati.
- Assistenza infermieristica domiciliare o in convalescenziario.
- Monitoraggio domiciliare del paziente nel pre/post ricovero e lungodegenza: fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'assistito quali pressione arteriosa, ossigeno e saturazione del sangue, peso corporeo, oppure nel caso di non autosufficienza o lungodegenza fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'assistito quali pressione arteriosa, ossigeno e saturazione del sangue, peso corporeo, cardiogramma elettronico ECG, temperatura corporea, controllo glicemico.

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

La sezione dei Grandi Interventi Chirurgici comprende le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), gli esami, le analisi di laboratorio, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le prestazioni chirurgiche e infermieristiche, le terapie effettuati nei gg precedenti/successivi l'inizio o il termine del ricovero, del Day Surgery o dell'Intervento Chirurgico Ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo/precedente ricovero o intervento chirurgico.

I Grandi Interventi Chirurgici sono definiti nella tariffa Nazionale del D.P.R. del 17/02/1992 e che coinvolgono le principali branche della medicina di seguito indicate a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Cardiochirurgia
- Cardiologia interventistica
- Chirurgia della mammella (Per gli interventi di chirurgia demolitiva è compresa la ricostruzione plastica mammaria (escluse protesi). L'intervento chirurgico di posizionamento o sostituzione di protesi mammaria è riconosciuto solo a seguito di chirurgia demolitiva per neoplasia. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.
- Chirurgia generale per interventi chirurgici minori
- Chirurgia oro-maxillofaciale
- Chirurgia pediatrica

- Chirurgia plastica ricostruttiva di Tumori superficiali: neoformazioni soprafasciali; Tumori profondi: neoformazioni sottofasciali. Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, i trattamenti laser e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.
- Chirurgia toracopolmonare
- Chirurgia vascolare
- Ginecologia
- Neurochirurgia
- Oculistica (Escluso qualsiasi intervento finalizzato ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea).
- Ortopedia e traumatologia Articolazioni: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti). Segmenti ossei: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti). Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.
- Otorinolaringoiatria (Naso e seni paranasali, Faringe - Cavo orale – Orofaringe, Laringe e Ipofaringe)
- Radiologia interventistica (Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.)
- Urologia - Atti chirurgici (Rene, Uretere, Vescica, Prostata)

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'Assistito, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, essendo stato il costo a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, avrà diritto a un'indennità pari a Euro (somma da definire) per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a dei giorni (da definire) per ricovero.

TRAPIANTO ORGANI O PARTI DI ESSI

Spese per prestazioni sanitarie rese necessarie per l'espianto e il trasporto degli stessi, comprese spese sostenute durante il ricovero del donatore per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e dell'equipe operatoria e materiale di intervento), cure, medicinali e rette di degenza. In particolare, se l'Assistito è il ricevente vengono rimborsate le spese di prelievo e trasporto di organi o parte di essi, ovvero le spese di ricovero del donatore vivente. Se l'Assistito è il donatore vengono rimborsate le sue spese di ricovero e di viaggio di andata e ritorno.

DIFETTI O MALFORMAZIONI PREESISTENTI

Cure e interventi chirurgici resisi necessari per eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, purché non noti al momento dell'evento.

CURE ONCOLOGICHE

Spese sostenute € (somma da definire), per assistenza infermieristica domiciliare, cure e terapie, visite specialistiche, a seguito di malattia oncologica accertata o conclamata e per terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla malattia oncologica sostenute entro n anni dalla dimissione del primo Ricovero relativo alla malattia stessa.

Spese per l'acquisto di un manufatto protesico esterno per scopi cosmetici, per esempio una parrucca in caso di perdita di capelli oppure un reggiseno per protesi in conseguenza di un trattamento per la cura del cancro.

Spese per Ospedalizzazione Domiciliare per Malattia Terminale in seguito a prognosi infausta per la sopravvivenza è previsto il rimborso delle spese per assistenza domiciliare continuativa medica e infermieristica fornita da idonee organizzazioni o strutture costituite e legalmente riconosciute.

Per "malattia oncologica" si intende qualsiasi neoplasia maligna invasiva, nonché i tumori benigni e di malignità non specificata dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale.

TRATTAMENTI A LUNGO TERMINE

Il trattamento somministrato per un periodo di tempo prolungato, dopo la cessazione delle terapie urgenti, solitamente a pazienti affetti da patologie o invalidità croniche che necessitano di cure periodiche, intermittenti o

continue. Le cure possono essere prestate presso il domicilio, presso strutture comunitarie, presso un ospedale o presso una casa di cura.

TRATTAMENTI PALLIATIVI PER PAZIENTI CON PATOLOGIE TERMINALI

Il trattamento può essere ricevuto a domicilio, in ricovero ospedaliero o in Day-hospital e comprende cure fisiche e psicologiche, nonché il soggiorno presso un ospedale o centro di assistenza, l'assistenza medica e i medicinali prescritti.

PRESTAZIONI PER LA GRAVIDANZA

- Ecografie.
- Analisi clinico chimiche ed indagini genetiche (Analisi di laboratorio, Amniocentesi, Villocentesi).
- Visite in Gravidanza.
- Ecografie ostetriche.
- Diagnosi prenatale (es. Bi Test, Harmony Test, Prenatal Safe).
- Assistenza Ostetrica.
- Corso di preparazione al parto.
- Assistenza all'allattamento.
- Visite di controllo ginecologico post parto.
- Visite urologiche.

PRESTAZIONI PER IL PARTO CESAREO E NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO, ABORTO SPONTANEO E POST TRAUMATICO E GRAVIDANZA EXTRAUTERINA

Spese sostenute in caso di parto cesareo e non cesareo e di aborto terapeutico, spontaneo e post-traumatico, e gravidanza extrauterina, nonché le spese sanitarie e le rette di degenza del neonato.

PRESTAZIONI PRE NATALI

Spese per il trattamento contro la sterilità o per le complicanze della gravidanza e del parto.

PRESTAZIONI PER IL NEONATO

Spese per il ricovero del neonato a seguito di infortunio, malattia o per la correzione di difetti fisici o malformazioni congenite.

INTERVENTI PER LA CORREZIONE DI DIFETTI VISIVI – CHIRURGIA REFRATTIVA

Spese per la correzione di difetti visivi in caso di differenziale tra occhi superiore a 4 diottrie o difetto di un occhio pari o superiore a 8 diottrie, € (somma da definire).

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

Spese per particolari e gravi patologie (es. osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o della mascella, cisti radicolari e/o follicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare, ecc.), € (somma da definire).

MALATTIE MENTALI

Spese relative a prestazioni sanitarie conseguenti a malattie mentali e a disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici.

AREA PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE AD ALTA DEFINIZIONE

Spese sostenute per prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione, non collegate al ricovero, di seguito elencate a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Agopuntura prestata da medico specialista
- Amniocentesi oltre il 35° anno di età o, se prescritto a seguito di sospetta malformazione del feto
- Alcolizzazione
- Angiografia digitale
- Angiografia
- Artrografia
- Bilancio ormonale
- Biopsia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Chemioterapia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Cobaltoterapia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Colonscopia virtuale con metodica TAC
- Coronografia
- Craniocorpografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Densitometria ossea
- Diagnostica endoscopica dell'apparato digerente
- Diagnosi radiologica
- Dialisi
- Discografia
- Doppler
- Duttogalattografia
- Duodenoscopia
- Ecocardiografia a riposo e da sforzo
- Ecocontrastografia
- Ecodoppler
- Ecocardiografia
- Ecografia
- Ecografia Intravascolare
- Ecografia Trans-esofagea
- Ecotomografia
- Elettrocardiografia
- Elettrocardiogramma sotto sforzo
- Elettroencefalografia

- Elettromiografia
- Endoscopia
- ENG Elettrocardiografia
- Esame Hotler ed urologico
- Esami istopatologici
- Esami citologici – istologici – immunoistochimici
- Esofagoscopia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Fluoroangiografia oculare
- Galattografia
- Gastroscopia
- Holter
- Immunoterapia
- Indagine microscopica in epiluminescenza
- Infiltrazioni specifiche per patologie di sovraccarico della colonna (e malattie legate alle osteopatie), della spalla e del ginocchio
- Ionoforesi
- Isterosalpingografia
- Laserterapia
- Linfografia
- Mammografia o mammografia digitale
- Manometria ano-rettale
- Manometria esofago-gastrica
- Mielografia
- Mineralogia ossea computerizzata
- Mineralometria
- Pap test
- PET – Tomografia ad emissione di positroni
- Pneumoencefalografia
- Potenziali evocati uditivi
- Potenziali evocati visivi
- Prestazioni di medicina nucleare
- Radionefrogramma
- Radioterapia
- Retinografia
- Rettoscopia
- Risonanza magnetica nucleare (RMN)
- Rx esofago
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Rx tubo digerente
- Scialografia
- Scialografia con contrasto
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- TAC (Tomografia assiale computerizzata) (anche virtuale)
- Telecuore

- Terapie ad alte energie
- Terapia educativa del paziente asmatico/allergico con rischio anafilattico
- Tomografia in genere
- Tomografia logge renali
- Tomografia torace
- Tomoxerografia
- Topografia corneale
- Trattamenti radiometabolici
- Uroflussometria
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Video dermatoscopia
- Video rino-faringo-laringo-scopia
- Villocentesi oltre il 35° anno di età o, se prescritto a seguito di sospetta malformazione del feto
- Wirsunggrafia

In caso le prestazioni siano a totale carico del SSN, viene rimborsato integralmente, senza applicazione dello scoperto, il ticket sanitario.

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE DOMICILIARI E AMBULATORIALI

Sono comprese, fino a concorrenza di € (somma da definire) per nucleo -persona/anno e previa detrazione di un importo pari a (% da definire) delle spese effettivamente sostenute e documentate con il minimo di € (somma da definire), le seguenti prestazioni:

- Onorari dei medici generici e costo di medicinali prescritti attraverso ricetta medica.
- Onorari dei medici per visite specialistiche diagnostiche.
- Onorari del dietologo/nutrizionista.
- Farmaci da banco con prescrizione.
- Accertamenti diagnostici (diagnostica cardiologica, diagnostica dermatologica, diagnostica neurologica, diagnostica otorinolaringoiatrica, test allergometrici, diagnostica allergologia, ecc....).
- Analisi ed esami di laboratorio.
- Fisioterapia con e/o senza prescrizione medica.

In caso le prestazioni siano a totale carico del SSN, viene rimborsato integralmente, senza applicazione dello scoperto, il ticket sanitario.

PRESTAZIONE SOCIO-ASSISTENZIALE

Sono comprese, fino a concorrenza di € (somma da definire), per nucleo o persona/anno, le prestazioni di seguito indicate.

a) "Assistenza sanitaria per soggetti non autosufficienti":

Se l'Assistito si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente di svolgere le seguenti 4 attività quotidiane: lavarsi, vestirsi, nutrirsi e muoversi, a seguito di infortunio o malattia, vengono rimborsare le spese per assistenza sanitaria fornita a domicilio o in strutture residenziali o semiresidenziali.

b) "Trattamenti fisioterapici e riabilitativi":

Spese per trattamenti di riabilitazione a seguito di infortunio o malattia, escluse le spese di natura alberghiera, con la detrazione per ciascuna prestazione o ciclo di terapia di un importo pari a (% da definire) delle spese sostenute e documentate, con il minimo di € (somma da definire). Sono comprese anche i seguenti trattamenti: osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria.

c) "Assistenza infermieristica a domicilio":

Spese per assistenza infermieristica a domicilio, resa necessaria a seguito di infortunio o malattia.

d) Fornitura apparecchiature per soggetti con disabilità:

spese sostenute da soggetti temporaneamente inabili allo svolgimento dell'attività lavorativa a seguito di malattia e infortunio per: noleggio di apparecchi per trattamenti fisioterapici, acquisto apparecchi protesici ortopedici, acquisto protesi acustiche, acquisto/noleggio di carrozzelle, stampelle, girello, con la detrazione per ciascuna prestazione di un importo pari a (% da definire) delle spese sostenute.

e) "Ospedalizzazione domiciliare":

Spese per post-ricovero a seguito di Grande Intervento per ospedalizzazione a domicilio e assistenza sanitaria integrata a domicilio, nel limite del massimale suindicato fino ad un massimo di giorni da definire, con uno scoperto del (% da definire) con il minimo di € (da definire).

MEDICINA PREVENTIVA

Nel limite di € (importo da definire) sono comprese le prestazioni relative ai seguenti accertamenti diagnostici effettuati a scopo preventivo, di seguito elencate a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Donna: esame mammografico, pap-test, emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceride mia, glicemia, transaminasi e VES, profilo biochimico e lipidico, Azotemia (urea), Emocromocitometrico e morfologico, Tempo di protombina (PT), Tempo di protombina parziale (PTT), Ricerca del sangue occulto nelle feci, Gamma GT, Esame delle urine, Prevenzione cardiovascolare, Creatinemia, Alanina aminotransferasi, Aspartato aminotransferasi, Elettrocardiogramma, Misurazione della pressione Arteriosa, CA 125 (marcatore del tumore ovarico) e CA 15.3 (marcatore del tumore mammario), test di funzionalità tiroidea, epatica e renale, esami neurologici (esame obiettivo), colonoscopia, densitometria ossea, test BRCA1 e BRCA2.
- Uomo: elettrocardiogramma a riposo e da sforzo, esame radiologico del torace, emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, transaminasi, VES e PSA, profilo biochimico e lipidico, Azotemia (urea), Emocromocitometrico e morfologico, Tempo di protombina (PT), Tempo di protombina parziale (PTT), Esame delle urine, Ricerca del sangue occulto nelle feci, Gamma GT, Prevenzione cardiovascolare, Creatinemia, Alanina aminotransferasi, Aspartato aminotransferasi, Elettrocardiogramma, Misurazione della pressione Arteriosa, Alfa Feto Proteina, test di funzionalità tiroidea, epatica e renale, esami neurologici (esame obiettivo), esame di prevenzione del cancro alla prostata, colonoscopia, test BRCA1 e BRCA2.
- Bambino: check-up fino all'età di 6 anni per un massimo di 15 visite nell'arco della vita del bambino.

PREVENZIONE OCULISTICA

- Valutazione anamnestica
- Esame del segmento anteriore ed annessi oculari
- Studio del fundus oculi
- Misurazione del tono oculare
- Misurazione del visus
- Valutazione della motilità oculare (minori compresi tra 6 e 11 anni)

PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

- Spirometria
- Visita pneumologica ed eventuale prick test
- Esami ematochimici
- ECG

PREVENZIONE PEDIATRICA

Il pacchetto di prevenzione pediatrica prevede delle visite specialistiche pediatriche di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi ed i 6 anni, a determinate condizioni.

PREVENZIONE SINDROME METABOLICA

Nel caso in cui l'assistito risulti in uno stato di Sindrome Metabolica, gli verranno fornite delle indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione, ecc....Si inviterà l'assistito a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata e con l'ausilio di accertamenti più idonei, la Centrale Operativa provvederà a fornirgli assistenza per sottoporsi alle analisi del caso.

PREVENZIONE DI PATOLOGIE DA SOVRACCARICO FUNZIONALE (E MALATTIE LEGATE ALLE OSTEOPATIE, DELLA COLONNA, SPALLA E DEL GINOCCHIO E CONTROLLO POSTURALE)

Si provvede al pagamento delle seguenti prestazioni una volta all'anno:

- Visita ortopedica o visita fisiatrice oppure visita osteopatica.
- Ciclo di dieci sedute di ginnastica/riabilitazione posturale.

PREVENZIONE DERMATOLOGICA

Si provvede al pagamento delle seguenti prestazioni una volta ogni due anni, in un'unica soluzione:

- Visita specialistica dermatologica
- Test allergologico
- Mappatura nevi
- Epiluminescenza

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Si provvede al pagamento delle seguenti prestazioni una volta all'anno, in un'unica soluzione:

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e colesterolo HDL
- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartato aminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

PREVENZIONE OSTEOPOROSI

Si provvede al pagamento delle seguenti prestazioni una volta ogni due anni, in un'unica soluzione, per donne senza limiti di età:

- MOC femorale
- Analisi del sangue:
 - ✓ Creatinina
 - ✓ Emocromo
 - ✓ Calcio
 - ✓ Fosforo
 - ✓ Fosfatasi alcalina
 - ✓ Paratormone
 - ✓ Vitamina D
 - ✓ PCR
 - ✓ Elettroforesi delle proteine

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI PER FIGLI MINORI

Si provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate, in funzione delle varie fasce di età dei figli:

Pacchetto A (6 mesi - 2 anni)

- visita specialistica pediatrica (valutazione di base, auxologica, psicomotoria e cognitiva);
- visita specialistica otorinolaringoiatrica con test audiometrico.

Pacchetto B (3 - 4 anni)

- visita specialistica oculistica completa;
- tonometria;
- esame del fundus;
- stereopsi e color test;
- valutazione ortottica (valutazione dell'apparato neuromuscolare dell'occhio);
- visita specialistica neuropsichiatrica (screening disturbi del linguaggio e autismo) con eventuale intercettazione di condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita logopedica;
- esami di laboratorio per screening della celiachia (emocromo completo con formula, anticorpi anti-endomisio (ema) e anticorpi antitransglutaminasi);
- biopsia intestinale (in ipotesi di positività degli esami di laboratorio specifici di cui alla precedente riga);
- visita logopedica (con prescrizione a seguito della visita neuropsichiatrica).

Pacchetto C (5 - 6 anni)

- visita specialistica neuropsichiatrica (screening disturbi del linguaggio e autismo) con eventuale intercettazione di condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita logopedica;
- visita odontoiatrica e ortodontica (igiene orale, fluoroprofilassi);
- visita specialistica oculistica completa;
- tonometria;
- esame del fundus;
- stereopsi e color test;
- valutazione ortottica (valutazione dell'apparato neuromuscolare dell'occhio);
- visita logopedica (con prescrizione a seguito della visita neuropsichiatrica).

Pacchetto D (7 - 8 anni)

- visita specialistica odontoiatrica e ortodontica;
- visita specialistica oculistica completa;
- tonometria;
- esame del fundus;
- stereopsi e color test;
- visita specialistica neuropsichiatrica (screening disturbi del linguaggio e autismo) con eventuale intercettazione di condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita logopedica;
- visita logopedica (con prescrizione a seguito della visita neuropsichiatrica).

Pacchetto E (9 - 11 anni)

- visita specialistica ortopedica;
- visita specialistica endocrinologica;
- visita specialistica neuropsichiatrica (screening disturbi del linguaggio e autismo) con eventuale intercettazione di condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita logopedica;
- visita logopedica (con prescrizione a seguito della visita neuropsichiatrica).

Pacchetto F (12 - 18 anni)

- visita specialistica pediatrica (valutazione globale dello stato di salute dell'adolescente);
- visita specialistica ortopedica;
- visita specialistica endocrinologica;
- analisi del sangue:
 - ✓ alanina aminotransferasi ALT
 - ✓ aspartato Aminotransferasi AST
 - ✓ colesterolo HDL

- ✓ colesterolo totale
- ✓ creatinina
- ✓ esame emocromocitometrico e morfologico completo
- ✓ gamma GT
- ✓ glicemia
- ✓ trigliceridi
- ✓ tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- ✓ tempo di protrombina (PT)
- ✓ urea
- ✓ VES.

PREVENZIONE DELLA OBESITÀ INFANTILE

La prestazione è rivolta a favore dei figli di età compresa tra i 4 e 17 anni. È necessario compilare un questionario volto ad individuare eventuali stati di rischio di obesità nei figli da 4 a 17 anni. Successivamente si provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro due giorni verrà comunicato al genitore tramite e-mail, l'esito delle valutazioni, mettendo a disposizione una tabella con dati e consigli personalizzati su una corretta alimentazione e attività fisica. Saranno altresì fornite indicazioni e consigli su comportamenti e stili di vita corretti in merito ad alimentazione e attività fisica, anche in collaborazione con un medico convenzionato.

Solo nel caso in cui i parametri rilevati dalla compilazione del questionario indichino che il figlio si trovi in uno stato di obesità, sovrappeso o sottopeso, si provvederà all'organizzazione e al pagamento di 1 (una) visita specialistica dal pediatra/dietologo da effettuarsi in strutture convenzionate. Poiché gli indicatori di tali stati devono essere regolarmente monitorati, si provvederà a contattare il genitore Assistito via e-mail 1 (una) volta al mese per un periodo di 3 (tre) mesi, richiedendo l'inserimento di peso e altezza del figlio.

WEEK-END BENESSERE

Entro 6 mesi dal parto si provvede al pagamento delle spese sostenute per l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:

- Visita dietologica
- Incontro nutrizionista
- Incontro personal trainer
- Lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico
- Trattamento termale

SUPPORTO PSICOLOGICO POST-PARTO

Entro 3 mesi dal parto si provvede al pagamento delle spese sostenute per un numero massimo di visite psicologiche in strutture sanitarie e/o medici convenzionati e non con il Network.

MEDICINA ALTERNATIVA

- Trattamenti chiropratici e osteopatici (con un numero massimo da definire)
- Trattamenti omeopatici
- Medicina naturale
- Medicina cinese (erbe)
- Agopuntura
- Massoterapia
- Cure termali

VACCINAZIONI

Sono rimborsate le spese sostenute per effettuare tutte le vaccinazioni, anche quelle non obbligatorie, effettuate in occasione di soggiorni all'Estero.

CERTIFICAZIONI MEDICHE

Sono rimborsate le spese sostenute per effettuare certificazioni mediche varie non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge: idoneità alla pratica dell'attività sportiva sia agonistica che non agonistica, idoneità fisica all'impiego, idoneità al servizio civile, idoneità all'affidamento e all'adozione rilascio patente, porto d'armi, ecc.....

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Sono rimborsate le spese sostenute per un insieme di servizi e interventi socio sanitari erogati al paziente all'interno della sua abitazione. L'assistenza domiciliare integrata avviene attraverso prestazioni fornite da diversi professionisti (medici, operatori socio sanitari (OSS), fisioterapisti, farmacisti, psicologi, ecc.). Ha l'obiettivo di evitare, per quanto possibile, il ricovero del paziente in ospedale o la sua collocazione in una struttura residenziale (RSA o RSSA) oltre il tempo strettamente necessario. Si tratta di un servizio domiciliare in grado di evitare una situazione traumatica per l'anziano, oltre che un aggravio dei costi per l'assistenza in termini economici.

TERAPIA SCLEROSANTI

Sono rimborsate le spese sostenute per effettuare terapie sclerosanti nel limite di € (somma da definire) e con uno scoperto del (% da definire).

LOGOPEDIA

Sono rimborsate le spese sostenute per effettuare sedute di logopedia nel limite di € (somma da definire) e con uno scoperto del (% da definire).

TERAPIA OCCUPAZIONALE

Terapia finalizzata ad aiutare un paziente nello sviluppo delle proprie capacità motorie, sensoriali, di coordinamento, di equilibrio, e di altre attività (es. vestirsi, mangiare, lavarsi, pettinarsi, ...), al fine di migliorare la qualità della propria vita quotidiana e le interazioni fisiche e sociali.

TERAPIA OCULOMOTORIA

Terapia occupazionale volta a stimolare la sincronizzazione del movimento oculare nei casi in cui si presenti una mancanza di coordinazione dei muscoli dell'occhio.

PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA

- Psicoterapia e Psicologia nel limite di € (somma da definire) e con uno scoperto del (% da definire).
- Visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia adolescenziale.
- Visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica.

PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE COMPRESI I DISPOSITIVI DI MONITORAGGIO

Acquisto, sostituzione, riparazione di protesi ortopediche ed acustiche nel limite di € (somma da definire) e con uno scoperto del (% da definire).

Sono compresi nei dispositivi di monitoraggio: termometro, misuratore della pressione, misuratore glicemico, pulsossimetro.

PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO

Prestazioni ambulatoriali che non abbiano comportato ricovero sono compresi accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali, applicazione di gessi, nel limite di € (somma da definire).

LENTI

Acquisto di lenti e di occhiali o lenti a contatto correttive a seguito di prima prescrizione o di modifica del visus, nel limite di € (somma da definire).

CURE DENTARIE D'EMERGENZA

Cure ricevute in un ambulatorio dentistico o in un pronto soccorso ospedaliero per dare immediato sollievo al dolore ai denti causato da un incidente o da una lesione a denti naturali sani. Tra le cure dentali d'emergenza fuori ricovero si annoverano la pulpotomia o la pulpectomia e le conseguenti otturazioni temporanee.

CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Cure dentarie a seguito di infortunio effettuate in ambulatorio e documentate da certificato di pronto soccorso ospedaliero, nel limite di € (somma da definire).

PRESTAZIONI DI RIMBORSO SPESE AMBULATORIALI A SEGUITO DI INFORTUNI

Rimborso delle spese relative alle prestazioni ambulatoriali rese necessarie da infortunio e sostenute entro n giorni dall'accadimento dello stesso.

GESSATURA

Se l'infortunio comporta l'applicazione di gessatura, anche senza Ricovero, sarà riconosciuto per tutto il periodo della gessatura un'indennità giornaliera per un massimo di n giorni per anno.

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (IN REGIME DI RICOVERO E AMBULATORIALE)

Si provvede al pagamento delle seguenti spese sostenute per:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare;
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella;
- cisti radicolari;
- cisti follicolari;
- adamantinoma;
- odontoma;
- asportazione di cisti mascellari;
- asportazione di epulide con resezione del bordo;
- intervento per iperostosi, osteomi (toro-palatino, toro-mandibolare, ecc.);
- ricostruzione del fornice (per emiarcata);
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico;
- rizotomia e rizectomia;
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- gengivectomia per emiarcata;
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento);
- estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento);
- apicectomia per radice;
- inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata;
- estrazione dente deciduo in anchilos;
- estrazione dente permanente;
- frenulectomia o frenulotomia;
- intervento per flemmone delle logge perimascellari;
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose;
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso;
- implantologia.

CURE DENTARIE

Fino a concorrenza del massimale di € (somma da definire) per nucleo-persona/anno e previa detrazione di un importo pari al (% da definire) delle spese effettivamente sostenute e documentate con il minimo di € (somma da definire), sono comprese le seguenti prestazioni di assistenza odontoiatrica, a titolo esemplificativo e non esaustivo, con esclusione di quelle a scopo meramente preventivo:

- DIAGNOSTICA:
 - ✓ Visita odontoiatrica in studio
 - ✓ Visita odontoiatrica a domicilio del paziente
 - ✓ Bite wings
 - ✓ Ortopantomagrafia od ortopanoramica
 - ✓ Teleradiografia
 - ✓ Dentalscan 1 arcata e/o Dentalscan 2 arcate
 - ✓ Esame elettromiografico
 - ✓ Esame kinesigrafico
- RADIOGRAFIA:
 - ✓ Radiografia endorale
 - ✓ Radiografia extraorale
- ANESTESIA:
 - ✓ Anestesia locale plessica
 - ✓ Anestesia locale tronculare
- CHIRURGIA:
 - ✓ Alveolite-emorragia postestrattiva
 - ✓ Avulsione dentaria o radice di dente semplice
 - ✓ Avulsione dentaria indaginosa
 - ✓ Avulsione di un dente in inclusione ossea
 - ✓ Piccoli interventi di chirurgia orale
 - ✓ Acicectomia
 - ✓ Intervento chirurgico preprotetico
 - ✓ Biopsia
 - ✓ Implantologia
 - ✓ Intervento per flemmone delle logge perimascellari
 - ✓ Apicectomia
 - ✓ Rizectomia e/o rizotomia
 - ✓ Asportazioni cisti mascellari
 - ✓ Asportazioni di epulide
 - ✓ Asportazioni di cisti mucose o piccole neoplasie
 - ✓ Disinclusione denti ritenuti
 - ✓ Frenulotomia o frenulectomia
 - ✓ Gnatologia
- CURE CONSERVATIVE:
 - ✓ Medicazione per carie superficiale
 - ✓ Devitalizzazione monoradicolare
 - ✓ Devitalizzazione pluriradicolare
 - ✓ Cura della gangrena pulpare
 - ✓ Otturazione in cemento
 - ✓ Sigillatura
 - ✓ Cavità black
 - ✓ Intarsio L.P. – Inlay od onlay.
 - ✓ Intarsio in ceramica
 - ✓ Intarsio in composito
 - ✓ Ricostruzione di angoli
 - ✓ Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno – ad elemento
 - ✓ Endodonzia
 - ✓ Ritattamento monocanalare e canalare

- PROTESI FISSA:
 - ✓ Corona stampata in acciaio
 - ✓ Corona stampata in oro
 - ✓ Corona due tempi
 - ✓ Corona in resina
 - ✓ Corona in porcellana
 - ✓ Corona in ceramica
 - ✓ Corona protesica in L.N.P. e ceramica
 - ✓ Corona in L.P. e ceramica integrale
 - ✓ Corona Dawis
 - ✓ Corona fusa in L.P./L.N. P./L.N.P. e resina
 - ✓ Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)
 - ✓ Corona Richmond
 - ✓ Perno moncone
 - ✓ Corona $\frac{3}{4}$
 - ✓ Elemento di ponte fuso in acciaio
 - ✓ Elemento di ponte fuso in oro
 - ✓ Elemento di ponte fuso in acciaio e resina
 - ✓ Elemento di ponte fuso in oro e resina
 - ✓ Elemento di ponte fuso in porcellana e oro
 - ✓ Elemento di ponte resina
 - ✓ Protesi di fissazione per elemento
 - ✓ Intarsio a perno
 - ✓ Corona estetica in oro e resina
 - ✓ Corona estetica in oro e porcellana
 - ✓ Corona in resina provvisoria
 - ✓ Corona provvisoria armata (LNP o LP per elemento)
 - ✓ Rimozione di protesi
 - ✓ Intarsi
- PROTESI MOBILE
 - ✓ Ganci filo
 - ✓ Ganci fusi
 - ✓ Apparecchio mobile in resina, formato da 1 elemento
 - ✓ Apparecchio mobile in resina formato da 2 elementi
 - ✓ Apparecchio mobile in resina formato da 3 elementi
 - ✓ Apparecchio mobile in resina formato da più di 3 elementi
 - ✓ Completo inferiore in resina
 - ✓ Completo superiore in resina
 - ✓ Completo superiore e inferiore in resina
 - ✓ Scheletrato superiore a 4 elementi
 - ✓ Scheletrato di 4 o inferiore a 4 elementi
 - ✓ Attacchi, ammortizzatori, cerniere, incastro ecc.
 - ✓ Ribasatura diretta
 - ✓ Ribasatura indiretta
 - ✓ Riparazione semplice
 - ✓ Aggiunta di elemento alle riparazioni
 - ✓ Bite notturno
- IGIENE ORALE E PARADENTOSI
 - ✓ Cura stomatite
 - ✓ Cura chirurgica delle malattie del paradenzio

- ✓ Gengivectomia
- ✓ Levigatura delle radici e/o courettage gengivale
- ✓ Profilassi dentale (lucidatura)
- ✓ Trattamento chimico dell'ipersibilità
- ✓ Applicazione topica di fluoro
- ✓ Legature dentali extra/intra coronali
- ✓ Placca di svincolo
- ✓ Molaggio selettivo parziale
- ✓ Gengivectomia per quadrante e per dente
- ✓ Chirurgia gengivale e/o chirurgia muco gengivale
- ✓ Amputazioni radicolari
- ✓ Chirurgia ossea completa per quadrante
- ✓ Innesto autogeno e/o innesto di materiale biocompatibile
- ✓ Lembi gengivali semplici e/o lembi per la correzione di difetti muco gengivali
- ✓ Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.
- **ORTODONZIA INFANTILE**
 - ✓ Esame e studio su modelli
 - ✓ Trattamento ortodontico (compresi apparecchi fissi o rimovibili)
 - ✓ Pedodonzia

RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso avvenuto all'estero per malattia o infortunio, sono indennizzate le spese sostenute per il rimpatrio della salma fino al luogo di sepoltura in Italia o in altro paese, incluse le spese di imbalsamazione, acquisto di una bara, cremazione solo se necessaria per motivi legali, e spese di viaggio dei familiari.

SPESE FUNERARIE

In caso di decesso dell'Assistito, avvenuto all'Estero, verranno rimborsate le spese funerarie sostenute per il rimpatrio della salma.

RIMPATRIO SANITARIO

- Spese per il rimpatrio nel proprio Paese di origine allo scopo di ricevere i trattamenti previsti dalla copertura sanitaria non disponibili in loco; rimborso delle spese del viaggio di ritorno nel proprio paese di residenza, se effettuato entro un mese dal termine del trattamento ricevuto.
- Spese di viaggio per un accompagnatore e per i familiari in caso di rimpatrio sanitario.

INTERPRETE A DISPOSIZIONE (ESTERO)

Se l'Assistito viene ricoverato all'estero a seguito di infortunio o malattia e ha difficoltà a comunicare in lingua locale, la Centrale Operativa provvede ad inviare un interprete tenendo a proprio carico il costo della prestazione fino ad un massimo di € (importo).

TICKET

Qualora le spese sostenute fossero effettuate presso il SSN l'importo di eventuali ticket sarà rimborsato interamente o parzialmente all'Assistito.

FARMACI E PARAFARMACI

Sono rimborsate le spese sostenute per l'acquisto di medicinali e parafarmaci da banco e/o medicinali con prescrizione.

INDENNITÀ PER TRISOMIA 21 – SINDROME DI DOWN (FIGLI)

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a un determinato importo per anno e per neonato per un periodo massimo di 3 anni, finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia per le spese relative alle cure, all'assistenza ed alla promozione della salute del bambino affetto da Trisomia 21.

INDENNITÀ PER LE SPESE SANITARIE ED ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I GENITORI RICOVERATI IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)

La prestazione prevede l'erogazione di un indennizzo annuo, per gli associati i cui genitori siano ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato.

L'indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese mediche, sanitarie e di assistenza eventualmente sostenute dagli Aderenti per i genitori ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato in quanto non autosufficienti o non più in grado di rimanere al proprio domicilio per la compromissione, anche molto grave, delle loro condizioni di salute e di autonomia. L'indennizzo verrà corrisposto qualora il ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) abbia avuto una durata di almeno 12 mesi consecutivi.

Il contributo è concesso per anno ed è valido per un solo genitore, anche nel caso in cui entrambi i genitori fossero ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato.

INDENNITÀ PER SPESE MEDICHE, SANITARIE E DI ASSISTENZA PER FIGLI DISABILI

In caso di figli di Assistiti con invalidità superiore al 60% (Legge 68 del 1999), la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità una tantum per ogni figlio disabile, finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia per le spese mediche, sanitarie e di assistenza sostenute e indipendentemente dagli eventuali premi erogati dagli Enti preposti per la disabilità del figlio.

RIABILITAZIONE A SEGUITO DI DIAGNOSI DI AUTISMO O DSA

In caso di diagnosi di uno o più tra disturbi specifici dell'apprendimento o autismo a figli di Assistiti, viene messo a disposizione un importo autonomo per far fronte alle spese sostenute per il figlio minorenne, in eccedenza ai limiti previsti alle altre garanzie "Accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio" e "Visite specialistiche".

CAPITALE DA CONVALESCENZA

Viene riconosciuto un indennizzo su specifiche patologie. Di seguito vengono riportate le principali: Cancro, Infarto miocardico acuto, Ictus cerebro-vascolare, Sclerosi multipla o a placche, Sclerosi laterale amiotrofica e Morbo di Parkinson, Insufficienza renale, Anemia aplastica, Cecità totale, Paralisi.

LONG TERM CARE RIMBORSUALE

In caso di infortunio o di malattia, per il quale derivi all'Assistito la perdita di autosufficienza al compimento delle attività primarie della vita quotidiana, in modo tendenzialmente permanente o comunque superiore a un determinato numero di giorni, verranno rimborsate le spese regolarmente documentate relative a personale medico od infermieristico qualificato, sostenute per l'assistenza sanitaria al fine di favorire l'autonomia e la permanenza al domicilio dell'Assistito non autosufficiente, o per prestazioni di medesima natura erogate presso strutture residenziali e semi-residenziali legalmente autorizzate, entro determinati limiti di importo.

COPERTURA SANITARIA COVID-19 E PER I RISCHI CONNESSI ALLA VACCINAZIONE PER COVID-19

Per fronteggiare la crisi pandemica e sanitaria causata dal Covid-19, sono state realizzate delle coperture che prevedono le seguenti principali garanzie, di seguito indicate.

- Diaria da ricovero: erogazione di un'indennità giornaliera nel caso di ricovero causato da infezione da Covid-19.
- Prestazioni di Assistenza: utili durante tutte le fasi della malattia dall'invio di un medico generico al trasporto in autoambulanza e all'assistenza necessaria durante la degenza e nel post ricovero (ad esempio teleconsulto medico/psicologico, consegna della spesa a domicilio).
- Diaria da Convalescenza: diaria forfettaria erogata in forma di una tantum, corrisposta a favore di chi è stato contagiato da infezione da Covid-19 e subisce la quarantena obbligatoria, indipendentemente dal ricovero.
- Indennità per reazione avversa all'inoculazione del vaccino: viene riconosciuta un'indennità in caso di reazioni avverse (nesso causale diretto) che richiedano un ricovero presso un reparto ospedaliero.
- Indennità per inefficacia del vaccino: viene riconosciuta un'indennità in caso di contagio da Covid-19 successivo all'inoculazione del vaccino, che richieda un ricovero presso un reparto ospedaliero.

SERVIZI AGGIUNTIVI

- Consulenza medica: informazione ed orientamento medico telefonico; consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione; consulenza telefonica medico specialistica.
- Guardia medica permanente.
- Second opinion.
- Tutoring.
- Consegna esiti al domicilio.
- Invio medicinali al domicilio.
- Collaboratore familiare.
- Spese a domicilio.
- Servizio prenotazione taxi.
- Organizzazione trasporto ambulanza.
- Invio di un medico generico a domicilio.
- Invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio.
- Gestione dell'appuntamento.
- Diagnosi comparativa/parere aggiuntivo a partire dalla diagnosi del medico curante.
- Prestazioni a tariffe agevolate.
- Well-being digitale.
- Primi mille giorni: copertura per le future mamme.
- Monitoraggio domiciliare del paziente

PRESTAZIONI NON GARANTITE

Salvo quanto previsto dalle singole prestazioni non è previsto il rimborso delle spese relative a:

- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi o da intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione) e quelli relativi a bambini di età inferiore a tre anni);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito/i 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/i che non consentono più la

- guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:
 - ✓ abuso di alcolici;
 - ✓ uso di allucinogeni;
 - ✓ uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
 - l'aborto volontario non terapeutico;
 - la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio;
 - gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
 - agopuntura (ove prevista) non effettuata da medico;
 - prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato, ovvero effettuate presso centri estetici o di fitness;
 - psicoterapia non effettuata da psicoterapeuta abilitato all'esercizio della professione;
 - le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
 - conseguenze derivanti da stato di guerra, internazionale o civile, lotta armata ed insurrezione, fatta eccezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi, se l'Assistito ne sia sorpreso mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace;
 - conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
 - infortuni derivanti da sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e relativi allenamenti o dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente.

LONG TERM CARE

Rendita vitalizia immediata rivalutabile in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana.

È considerato in stato di non autosufficienza colui che, a causa di una malattia, una lesione o la perdita delle forze, si trovi in uno stato tale da aver bisogno – prevedibilmente per sempre – quotidianamente e in misura notevole, dell'assistenza di un'altra persona nel compiere almeno 4 delle seguenti 6 azioni consuete della vita quotidiana, nonostante l'uso di ausili tecnici e medici:

- muoversi nella stanza: sussiste un bisogno di assistenza qualora la persona, nonostante l'utilizzo di stampelle o una sedia a rotelle, necessiti dell'aiuto di un'altra persona;
- alzarsi e mettersi a letto: sussiste un bisogno di assistenza qualora la persona non sia in grado di recarsi a letto o di lasciare il letto senza l'aiuto di un'altra persona;
- vestirsi e svestirsi: sussiste un bisogno di assistenza qualora la persona non sia in grado di vestirsi o svestirsi senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di abiti idonei alla malattia;
- consumare cibi e bevande: sussiste un bisogno di assistenza qualora la persona non sia in grado di mangiare e di bere senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di posate e recipienti per bere idonei ai malati;
- lavarsi, pettinarsi e farsi la barba: sussiste un bisogno di assistenza qualora la persona debba essere lavata, pettinata e rasata da un'altra persona non essendo in grado di eseguire i movimenti del corpo necessari;
- fare i propri bisogni: sussiste un bisogno di assistenza qualora la persona necessiti dell'aiuto di un'altra persona poiché:
 - ✓ non è in grado di pulirsi da sola dopo la defecazione;
 - ✓ riesce a fare i propri bisogni solo con l'uso di una padella o perché l'intestino o la vescica possono essere svuotati solo con l'aiuto altrui.

La perdita permanente di autosufficienza deve essere certificata da un medico.

PRESTAZIONI NON GARANTITE

È escluso lo stato di non autosufficienza derivante direttamente o indirettamente dai seguenti eventi preesistenti al periodo indicato:

- malattia cui consegue un danno biologico permanente (susceptibile o meno di ulteriore aggravamento) che incida sulla futura capacità di espletamento degli atti quotidiani della vita, infortunio (inteso come un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili), tranne quelli non conosciuti prima dell'adesione alla garanzia;
- atti di guerra, operazioni militari, partecipazione attiva dell'Assistito ad insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- contaminazioni chimiche o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
- uso di stupefacenti o di allucinogeni ed abuso continuativo di alcolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria;
- le seguenti malattie psichiatriche: schizofrenia, disturbo dell'umore, disturbo bipolare maniacale, disturbo bipolare ossessivo-maniacale, disturbo bipolare depressivo, disturbo bipolare ciclotimico, depressione maggiore cronica, nevrosi depressiva, nevrosi fobico - ossessiva, nevrosi ossessivo - compulsiva, disturbi di personalità.

Nomenclatore delle prestazioni

SEZIONE B

PRESTAZIONI GARANTITE

MORTE

In caso di decesso per qualsiasi motivo durante il periodo indicato, salvo le limitazioni previste, è garantita una prestazione, in un'unica soluzione, sotto forma di capitale (somma da definire) ai Beneficiari designati o in assenza di designazione agli Eredi legittimi.

INVALIDITÀ PERMANENTE CHE COMPORTA LA RISOLUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

Nel caso in cui nel periodo indicato si verifichi l'infortunio o l'insorgenza della malattia che determina lo stato di invalidità permanente tale da comportare la risoluzione del rapporto di lavoro, ovvero qualora la riduzione della capacità lavorativa della persona assicurata a meno di un terzo fosse preesistente alla data di decorrenza del periodo indicato, il successivo aggravamento dello stato di invalidità permanente o l'insorgenza di nuove infermità tale da comportare la risoluzione del rapporto di lavoro, è garantita una prestazione, in un'unica soluzione, sotto forma di capitale (somma da definire) ai Beneficiari designati.

Definizione di invalidità permanente

Si intende colpita da invalidità permanente la persona che per sopravvenutagli infermità, difetto fisico o mentale, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo definitivo ed irrimediabile la propria capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle proprie attitudini a meno di un terzo del normale, tale da determinare la risoluzione del rapporto di lavoro.

Ai sensi dell'articolo 1, comma 2 della Legge n° 222 del 12 giugno 1984, il diritto alla prestazione sussiste anche qualora la riduzione della capacità lavorativa a meno di 1/3 preesista al periodo indicato, purché vi sia stato un successivo aggravamento o siano sopraggiunte nuove infermità. Resta comunque fermo il presupposto che l'aggravamento dello stato di invalidità permanente o l'insorgenza di nuove infermità debbano essere tali da determinare la risoluzione del rapporto di lavoro con un nesso di causalità diretta.

INFORTUNIO

Rischio professionale: attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza, nonché le attività professionali strettamente accessorie, strumentali o connesse alle attività descritte in polizza

Rischio extraprofessionale: ogni attività che non abbia carattere professionale e/o non rientri nella definizione di attività professionale di cui al punto precedente

Rischio carica: attività professionale connessa con l'incarico conferito agli assicurati, compresa la partecipazione alle riunioni e comunque nell'espletamento del mandato da essi ricoperto.

Sono considerati infortuni i seguenti principali avvenimenti illustrati a titolo esemplificativo e non limitativo:

- Asfissia non di origine morbosa
- Annegamento
- Assideramento o congelamento
- Influenze termiche ed atmosferiche
- Lesioni da sforzi
- Ernie addominali traumatiche
- Punture di insetti
- Contatto accidentale con corrosivi

- Infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo terrestre o natante a motore a determinate condizioni
- Infortuni subiti in stato di improvviso malore o di incoscienza
- Infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza
- Infortuni derivanti da terremoti, inondazioni o eruzioni vulcaniche
- Infortuni derivanti da operazioni chirurgiche o cure mediche

MORTE DA INFORTUNIO

In caso di decesso a seguito di infortunio è garantita una prestazione, in un'unica soluzione, sotto forma di capitale (somma da definire) ai Beneficiari designati, ovvero, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assistito. Il decesso deve verificarsi, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto.

MORTE PRESUNTA

Se la salma non viene ritrovata, viene liquidato dalla Società il capitale garantito dopo sei mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli articoli 60 e 62 del Codice civile. Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che l'Assistito è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, la Società ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.

FIGLIO A CARICO

È prevista la maggiorazione dell'indennizzo in caso di figli a carico se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza il decesso dell'Assistito, la copertura caso Morte da infortunio si intende incrementata della % (da definire) per ogni figlio minore di 18 anni o figli portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60 % della totale fino a un massimo della % (da definire).

COMMORIENZA DEI CONIUGI

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente entrambi i coniugi in conseguenza di un unico evento, sarà riconosciuto complessivamente ai figli legittimi, qualora Beneficiari, il doppio dell'indennizzo previsto per il caso morte.

STATO DI COMA

Quando, a seguito di Infortunio indennizzabile, l'Assistito entra in coma certificato da un Medico, ed è ricoverato in un ospedale, clinica o istituto sanitario, verrà corrisposto all'Assistito o ai suoi Beneficiari la somma di Euro (da definire) per ogni giorno di coma. Questo pagamento è dovuto per un periodo massimo di giorni (da definire), a decorrere dal giorno (da definire) consecutivo di coma, con un esborso massimo di Euro (da definire) per evento.

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

In caso di perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, viene corrisposta una somma calcolata sul capitale (da definire), in proporzione al grado di invalidità accertato e sulla base della Tabella prescelta per la liquidazione dell'indennità spettante.

L'invalidità permanente deve verificarsi, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto.

INDENNIZZO SPECIALE – SUPERVALUTAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE

In caso di perdita totale a seguito di infortunio della vista, dell'udito o della voce verrà liquidato un importo pari al doppio di quello stabilito in base alla Tabella D.P.R. 30/06/1965 N. 1124, e successive modifiche ed integrazioni, con il massimo del 100% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente. In tutti gli altri casi di infortunio, che producano come conseguenza una Invalidità Permanente di

grado pari o superiore al 50% (cinquanta per cento) la Società liquiderà un indennizzo pari al 100% (cento per cento) della somma assicurata.

ANTICIPO INDENNIZZO

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile fossero quantificabili, in via preventiva e secondo parere esclusivo della consulenza medica della Società postumi di invalidità permanenti superiori al 20% della totale, la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, un importo pari al 50% di quello presumibilmente indennizzabile. Tale acconto verrà conguagliato in sede di liquidazione definitiva, salvo recupero di quanto anticipato dalla Società nei casi di eventuale inoperatività della garanzia oppure di eventuali eccedenze pagate.

INABILITÀ TEMPORANEA

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità ad attendere alle proprie occupazioni, viene liquidata la diaria pattuita per un massimo di (gg da definire) e con l'applicazione di una franchigia di (gg da definire).

La somma stabilita verrà corrisposta integralmente per tutto il tempo in cui la persona si è trovata nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni ed alla specifica percentuale per tutto il tempo in cui non ha potuto attendere solo in parte alle proprie occupazioni.

CONTAGIO DA HIV, EPATITE B O C (3 VIRUS)

Limitatamente al solo ambito professionale viene garantito il pagamento dell'Indennizzo stabilito, per il caso di contagio da virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) o Epatite B o C occorsi all'Assistito durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata e certificata da appositi test clinici secondo le scadenze e modalità prestabilite.

INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO E CONVALESCENZA

In caso di ricovero in Istituto di cura (pubblico o privato) conseguente ad infortunio, per ogni giorno di degenza e per una durata non superiore a (gg da definire) per anno viene riconosciuta l'indennità convenuta.

Qualora il ricovero fosse superiore a x (gg da definire), verrà corrisposta per la successiva convalescenza una determinata percentuale della diaria pattuita fino ad un massimo di (gg da definire).

INDENNITÀ DA GESSATURA

Viene riconosciuta l'indennità pattuita qualora la persona sia portatrice a domicilio di:

- apparecchio gessato;
- qualsiasi altro mezzo di contenimento immobilizzante - comunque esterno e sempre che applicato da personale medico - limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura o reso necessario da intervento ricostruttivo di lesioni capsulo-legamentose.

La prestazione è corrisposta per ciascun giorno di totale incapacità fisica, fino alla rimozione dell'apparecchio gessato con il massimo di (gg da definire) per infortunio.

RIMBORSO SPESE DI CURA RESE NECESSARIE DA INFORTUNIO

Vengono rimborsate le seguenti spese sanitarie:

- spese per il rimpatrio se l'Infortunio è avvenuto all'estero.
- spese per esami strumentali a scopo diagnostico ed analisi di laboratorio compresi i relativi onorari medici, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- in caso di ricovero:
 - ✓ spese per onorari dei medici nonché, in caso di intervento chirurgico, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - ✓ spese per cure, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi con il limite del (% da definire) del massimale Assistito;

- ✓ spese per le rette di degenza;
- ✓ assistenza e cure mediche, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
- ✓ spese di trasporto in ambulanza all'istituto di cura o all'ambulatorio e viceversa, con il limite del (% da definire) del massimale;
- ✓ spese per le prime protesi, escluse le protesi dentarie.

Il rimborso viene effettuato con l'applicazione di uno scoperto pari al (% da definire) delle spese con il minimo di € (da definire) per evento.

Qualora ci si avvalga del SSN, vengono rimborsate le spese non riconosciute dal SSN e sostenute, senza deduzione di alcuno scoperto.

MALATTIE TROPICALI

Solo per il caso di invalidità permanente sono considerati infortuni anche le malattie tropicali, intendendosi per tali quelle illustrate di seguito ma solo a scopo esemplificativo e non limitativo: amebiasi biharziosi, dermatifo, dissenteria batterica, febbre itteroemoglobinurica, meningite cerebro-spinale epidemica, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica perniziosa, per una somma uguale a quella definita per la prestazione in caso di infortunio e fino ad un massimo di € (da definire). Viene applicata una franchigia (% da definire).

RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di infortunio avvenuto all'estero che provochi il decesso, viene riconosciuto il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma fino al luogo di sepoltura in Italia e fino a concorrenza di € (da definire).

RIENTRO SANITARIO A SEGUITO DI INFORTUNIO

Rimborso delle spese sostenute per il trasporto, con mezzo sanitariamente attrezzato, all'istituto di cura, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro e, per il rientro alla propria abitazione, fino a concorrenza di € (da definire) per persona.

In caso di infortunio avvenuto all'estero, sono rimborsate le spese di trasporto effettuato con qualsiasi mezzo pubblico di linea.

INCIDENTI SU MEZZI PUBBLICI DI TRASPORTO

Nel caso di Infortunio avvenuto a bordo di un Mezzo Pubblico di trasporto terrestre, che provochi la Morte o postumi di Invalidità Permanente pari o superiori al 50% (cinquanta per cento) all'Assicurato trasportato quale passeggero, la Società erogherà la somma assicurata aumentata del 15% (quindici per cento) e comunque entro un determinato limite aggiuntivo.

INFORTUNIO DEL CONDUCENTE

Per i casi di morte e invalidità permanente cagionati direttamente ed esclusivamente all'Assistito cioè il conducente e/o proprietario, che si trovi a bordo del veicolo (dal momento in cui ne salgano al momento in cui ne scendano) o durante qualsiasi operazione di emergenza che viene compiuta su strada vicino al veicolo oggetto della copertura che è valida per le seguenti categorie di veicoli:

- automobili ad uso privato;
- motocicli con cilindrata superiore ai 125 c.c.
- veicoli commerciali per uso proprio e conto terzi.

EFFETTI PERSONALI

In seguito a infortunio indennizzabile a termini di polizza, in caso di Danni materiali che interessano i vestiti e gli accessori (orologi, gioielli, pelletteria) indossati dall'Assicurato che è vittima di Aggressione, Attacco, Atto di terrorismo, la Società indennizzerà l'Assicurato fino a € 1.000,00 (mille), con il limite di € 150,00 per singolo oggetto, affinché possa sostituire i suoi vestiti e/o accessori personali danneggiati, su presentazione di giustificativo e di denuncia effettuata presso le competenti autorità.

Il rimborso per i danni agli effetti personali non avrà luogo:

- per eventi diversi da quelli derivanti da Aggressione, Attacco, Atto di terrorismo;
- per mezzi di pagamenti, in particolare, denaro, assegno e carte di credito;
- per documenti di identità e documenti ufficiali;
- per dentiere, occhi artificiali e altre protesi, occhiali e lenti a contatto;
- per telefoni cellulari;
- per apparecchi audiovisivi, telecamere, video o accessori hi-fi.

Per beneficiare di tale prestazione, l'Assicurato dovrà denunciare i Danni materiali ai vestiti e/o accessori all'atto della Denuncia di Sinistro dell'Infortunio.

RIMBORSO COSTI DI ASSISTENZA PSICOLOGICA

In caso di morte o Invalidità Permanente a seguito di Infortunio indennizzabili e in presenza di prescrizione medica vengono rimborsati i costi delle consulenze di uno psicologo, fino ad una determinata somma per ciascun evento. Il rimborso è versato:

- a) in caso di morte dell'Assistito, al suo Beneficiario, nei limiti in cui questo sia un parente di primo grado dell'Assistito;
- b) negli altri casi, all'Assistito stesso, previa presentazione delle fatture originali delle consulenze prestate da un medico e/o da uno psicologo.

USTIONI

Si procede alla liquidazione agli Assicurati, in caso di infortunio - indennizzabile a termini di polizza - a seguito del quale l'Assistito riporti un'ustione di 2° o 3° grado, un'indennità calcolata sulla base dell'estensione della ustione riportata, indennità che si vince da apposite tabelle.

SPESE FUNERARIE

In caso di infortunio che comporti come conseguenza il decesso dell'Assistito, vengono rimborsate le spese regolarmente documentate sostenute per il funerale o la cremazione.

COSTI DI SALVATAGGIO E RICERCA

Qualora a seguito di infortunio l'Assistito necessiti dell'intervento di una squadra di emergenza per la ricerca e il salvataggio della propria persona da parte di polizia e/o soccorso locali, vengono rimborsati i costi eventualmente addebitati all'Assistito dai soccorritori.

RAPINE E AGGRESSIONI IN GENERE

Nel caso in cui gli Assicurati subiscano un Infortunio in occasione di rapine, tentate rapine, estorsioni, tentativi di sequestro, atti di vandalismo o aggressioni in genere, verrà corrisposta in caso di Morte la somma assicurata aumentata della percentuale % (da definire) e comunque entro il limite massimo di ulteriori Euro (da definire).

CONDIZIONI PARTICOLARI PER DIRIGENTI E QUADRI

Rischi sportivi: l'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione del paracadutismo e degli sport aerei in genere.

Ubbriachezza: l'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti dall'Assistito in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione.

Malattie professionali: l'assicurazione viene estesa anche per le malattie professionali riconosciute ai sensi del D.P.R. 30/06/1965 N. 1124

Per i dirigenti l'assicurazione è estesa alle seguenti affezioni critiche: tumori maligni, attacco cardiaco, ictus.

RISCHI SPECIALI

L'assicurazione è operante nei limiti ed alle condizioni di polizza, anche per i seguenti rischi speciali: attività temerarie, rischio volo, viaggi aerei, rischio guerra, rischi sportivi, guida di mezzi speciali, rischio conducente, rischio trasportato.

DANNI ESTETICI

In caso di persone di età non superiore a n anni, qualora l'infortunio abbia come conseguenza sfregi o deturpazioni al viso di carattere estetico, vengono rimborsate fino ad un importo massimo di € (da definire), le spese sostenute per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

LENTI ED OCCHIALI

Qualora un Assistito riporti a seguito di infortunio - indennizzabile a termini di polizza e che abbia per conseguenza un'Invalidità Permanente - un Danno a lenti/occhiali, verranno rimborsati i costi sostenuti dall'Assistito in relazione all'acquisto, sostituzione o riparazione degli occhiali o delle lenti a contatto - portati in base a prescrizione sanitaria per la correzione del visus - nonché i costi di un'eventuale visita oculistica che si renda necessaria, fino alla concorrenza massima di Euro (da definire) per anno e per evento. Per beneficiare di tale prestazione, l'Assistito dovrà denunciare il danneggiamento degli occhiali/lenti all'atto della Denuncia di Sinistro dell'Infortunio allegando tutta la documentazione idonea a comprovare che il danno a lenti/occhiali sia avvenuto contestualmente e in conseguenza dell'evento principale.

CURE DENTARIE

Qualora un Assistito, a causa di un infortunio - indennizzabile a termini di polizza e che abbia per conseguenza un'Invalidità Permanente - ed entro due anni dallo stesso, riporti un Danno odontoiatrico, verranno rimborsate all'Assistito le spese sostenute per le cure dentarie fino alla concorrenza massima di euro (da definire) per anno e per evento. Per beneficiare di tale prestazione, l'Assistito dovrà denunciare il Danno odontoiatrico all'atto della Denuncia di Sinistro dell'Infortunio allegando tutta la documentazione idonea a comprovare che il Danno odontoiatrico sia avvenuto contestualmente e in conseguenza dell'evento principale.

ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINI

Limitatamente alle garanzie Invalidità permanente da infortunio e Rimborso spese di cura da infortunio, l'assicurazione si intende estesa alle rotture sottocutanee dei tendini di seguito indicati: tendine di Achille; tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale); tendine dell'estensore del pollice; tendine del quadricipite femorale; cuffia dei rotatori. In particolare, verranno liquidate, anche in presenza di più lesioni per lo stesso evento, una invalidità pari alla % (da definire), con il massimo di euro (da definire).

RIABILITAZIONE

In caso di Invalidità Permanente superiore al 35% (trentacinque per cento) e conseguente ad un infortunio indennizzabile, saranno rimborsati fino alla concorrenza di un determinato massimale i costi sostenuti per l'ideazione e lo sviluppo di un piano riabilitativo da parte di una struttura specializzata a scelta dell'Assistito, che gli consenta di riprendere le normali attività della vita quotidiana. A titolo esemplificativo e non esaustivo, per costi di ideazione e sviluppo di un piano riabilitativo si intendono le spese relative a medici, fisioterapisti, cliniche adibite alla rieducazione professionale e al riadattamento funzionale, centri di convalescenza. In Italia la presente garanzia è prestata in forma integrativa alle prestazioni offerte dal Servizio Sanitario Nazionale; pertanto, si conviene che la stessa varrà solo per le spese o eccedenza di spese documentate sostenute in proprio dall'Assistito.

RETRAINING

In caso di Invalidità Permanente superiore al 35% se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza l'incapacità dell'Assistito di riprendere l'occupazione professionale precedente l'infortunio, vengono rimborsate (previo consenso della Azienda stessa), le spese ragionevolmente necessarie e regolarmente documentate sostenute dall'Assistito - fino a un massimo di Euro (da definire) - per effettuare un percorso di abilitazione professionale al fine di consentire allo stesso il ricollocamento con un'occupazione alternativa presso l'Azienda stessa.

SPESE DI NUOVA ASSUNZIONE

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza il decesso dell'Assistito oppure una Invalidità Permanente superiore al 35% (trentacinque per cento) e la conseguente incapacità dello stesso di riprendere l'occupazione precedente l'infortunio o un'occupazione alternativa presso la propria Azienda vengono rimborsate (previo consenso della stessa Azienda), le spese ragionevolmente necessarie e regolarmente documentate sostenute - fino a un massimo di Euro (da definire) per evento - per l'impiego di una Società di ricerca e selezione del personale (preventivamente approvata dalla stessa Azienda) per la ricerca e la selezione di un nuovo dipendente.

SOSTITUZIONE

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza il decesso dell'Assistito, viene rimborsato il costo ragionevolmente necessario e regolarmente documentato sostenuto dalla Azienda per l'assunzione - attraverso una Società di ricerca e selezione del personale (preventivamente approvata dalla stessa Azienda) - a tempo determinato di un dipendente nei giorni (da definire) immediatamente successivi all'evento causa del decesso fino a un massimo di Euro (da definire) alla settimana con un massimale di Euro (da definire) per evento.

La copertura cessa alla data di Liquidazione della somma prevista per il Caso Morte da Infortunio oppure dopo che siano trascorsi dei giorni (da definire) dalla data dell'evento causa del decesso.

ASPETTATIVA

La garanzia assicurativa si intende estesa al personale dipendente che per qualsiasi motivo possa essere in aspettativa per malattia, infortunio o maternità o possa essere soggetto ad altre forme di prestazioni lavorative parziali quali ad esempio part-time, orario ridotto, cassa integrazione; sia esso senza retribuzione o con retribuzione ridotta. Per la determinazione dei capitali assicurati si farà riferimento alla retribuzione annua di fatto virtuale riferita al momento dell'infortunio. Per retribuzione di fatto virtuale si intende la retribuzione equivalente a quella che sarebbe stata corrisposta qualora il dipendente fosse stato regolarmente in servizio al momento dell'infortunio.

RISTRUTTURAZIONE DELL'ABITAZIONE

In caso di Invalidità Permanente superiore al 35% (trentacinque per cento) e conseguente ad un Evento dannoso coperto dalla polizza, la Società indennizzerà all'Assistito fino alla % (da definire) della somma assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio a titolo di rimborso parziale dei costi sostenuti dallo stesso per le opere di ristrutturazione della propria abitazione, con un massimale di Euro (da definire).

Tale importo aggiuntivo sarà corrisposto:

- a) dietro presentazione delle fatture relative alle opere di ristrutturazione dell'abitazione in cui l'Assistito ha la residenza, rese necessarie per adattare i locali alle Sue limitate condizioni di salute determinate dall'Invalidità Permanente sofferta;
- b) se a seguito dell'infortunio sia stata resa dal medico curante una prognosi che preveda un deficit nella deambulazione tale da essere necessario l'utilizzo della sedia a rotelle per un periodo non inferiore ad un anno.

RICONVERSIONE DELL'AUTOVEICOLO

In caso di Invalidità Permanente superiore al 35% (trentacinque per cento) e conseguente ad un Evento dannoso coperto dalla polizza, la Società indennizzerà all'Assistito fino alla % (da definire) della somma assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio a titolo di rimborso parziale dei costi sostenuti dallo stesso per la riconversione del proprio autoveicolo, con un massimale di euro (da definire).

Tale importo aggiuntivo sarà corrisposto:

- a) dietro presentazione delle fatture relative alle opere di riconversione dell'autoveicolo rese necessarie dalle sue limitate condizioni di salute determinate dall'Invalidità Permanente sofferta;
- b) se a seguito dell'infortunio sia stata resa dal medico curante una prognosi che preveda un deficit nella deambulazione tale da essere necessario l'utilizzo della sedia a rotelle per un periodo non inferiore ad un anno.

ASSISTENZA AMMINISTRATIVA

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza il decesso dell'Assistito, la Società rimborsa le spese ragionevolmente necessarie e regolarmente documentate sostenute dal coniuge/convivente e/o dai figli a carico dell'Assistito per la gestione delle incombenze amministrative immediatamente successive all'evento luttuoso, come di seguito indicate, fino ad un massimo di euro (da definire):

- conti bancari o generiche posizioni di risparmio;
- datore di lavoro ed Ente di formazione secondaria o superiore;
- assicurazioni;
- eredità;
- servizi, abbonamenti o contratti di locazione (elettricità, gas, acqua, telefono, televisione);
- oneri fiscali.

RECOVERY HOPE

Si riconosce a favore e all'atto in cui sarà effettuata la scelta da parte del Beneficiario, il pagamento di un indennizzo, alternativo e sostitutivo di quelli previsti in polizza, secondo il massimale e le modalità di seguito definite. L'ammontare dell'indennizzo per Recovery Hope è pari alla indennità assicurata per il caso di Morte, stabilito in Polizza. Verrà versato al Beneficiario, l'indennizzo per Recovery Hope al verificarsi delle condizioni di seguito definite:

1. se l'Assicurato sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni;
2. se sarà stata data comunicazione alla Compagnia, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi e ininterrotti; in entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta alla Compagnia, a pena di decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma;
3. se sarà stata fornita alla Compagnia la documentazione richiesta da questa.

La domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato, corredata dal provvedimento della Autorità Giudiziaria competente, in copia autentica, sia della nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope con le modalità e gli effetti previsti in questo allegato, ivi compresi quelli qui di seguito specificati. A partire dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope, la copertura assicurativa a favore del Beneficiario di cui alla polizza cesserà e quindi la Compagnia null'altro sarà tenuta a corrispondere a detto Beneficiario né per Morte, né per Invalidità Permanente.

PRESTAZIONI NON RIMBORSABILI

Salvo quanto previsto dalle singole garanzie, non sono rimborsabili le spese relative ad infortuni causati da:

- uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;

- guida di aeromobili e in caso di trasporto, i viaggi aerei su velivoli ed elicotteri non in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari nonché i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclub;
- pratica di sport aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate, arti marziali, football americano, rugby, immersioni non in apnea, canoa fluviale, salti da trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, guidoslitta, bob, alpinismo con scalate fino al terzo grado isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, free climbing, hockey su ghiaccio o a rotelle;
- pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione diretta o indiretta, intendendosi per tale i rimborsi forfettizzati delle spese e/o diarie che diano luogo ad un effetto di remunerazione;
- ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti o psicofarmaci;
- proprie azioni delittuose o partecipazione ad imprese temerarie;
- guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni;
- movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati ed accelerazioni di particelle atomiche.

Sono altresì escluse le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita.

Non sono in ogni caso considerati infortuni:

- le ernie, eccezion fatta per quelle addominali da sforzo;
- gli avvelenamenti e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
- gli infarti da qualsiasi causa determinati;
- quelli subiti durante il periodo di arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

DREAD DISEASE

In caso di riconoscimento all'Assistito dell'insorgenza di una malattia grave che abbia comportato un'invalidità superiore al 5% si garantisce il pagamento di un capitale assicurato in un'unica soluzione.

INVALIDITÀ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA

Prestazione di un'indennità calcolata sulla somma capitale pattuita, in caso di invalidità permanente (ovvero perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad una qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata) derivante da malattia (= alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio).

Alla prestazione viene applicata una franchigia di (% da definire).

PRESTAZIONI NON RIMBORSABILI

Non è previsto riconoscimento dell'indennità in caso di invalidità permanente:

- da intossicazione causata da abuso di alcolici, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- derivante dalla sindrome da immunodeficienza acquisita o altre patologie collegate;
- da malattie mentali, disturbi psichici in genere e nevrosi;
- da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- da guerre ed insurrezioni e derivanti da trasformazioni o assestamenti dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche.+

Previp Cassa di Assistenza
Viale Vittorio Veneto 18
20124 Milano
T. 02 58 442 522
cassa@previp.eu
www.previp.eu



Previp, la scelta giusta!

