
**SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA
COMPLEMENTARE INTEGRATIVA A FAVORE DEL
PERSONALE DELLA POLIZIA DI STATO**

1. FINALITÀ DEL SERVIZIO

Lo scopo del Piano di Assistenza Sanitaria, d'ora in poi denominata Polizza BASE, oggetto del contratto, è quello di garantire la tutela sanitaria a favore del personale della Polizia di Stato in servizio, secondo le condizioni e le modalità descritte di seguito

2. ASSISTITI, PREMIO/CONTRIBUTO, MASSIMALE/LIMITE DI ASSISTENZA

a. COPERTURA ASSICURATIVA DI BASE (A CARICO DELL'AMMINISTRAZIONE)

Il Piano di Assistenza Sanitaria opera, indipendentemente dalle condizioni fisiche e dalle patologie preesistenti degli assicurati – cui non verrà richiesta la compilazione di alcun questionario sanitario – in favore del personale in servizio, compresi gli allievi, della Polizia di Stato.

Il premio annuo lordo per la Polizza BASE, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione, sarà completamente a carico dell'Amministrazione per tutto il personale dipendente.

b. AMBITO DI OPERATIVITÀ

L'assicurazione/assistenza è operante:

- (1) indipendentemente dalle condizioni fisiche e dalle patologie pregresse;
- (2) nel mondo intero (i rimborsi di spese sostenute all'estero, fatto salvo il caso di assistenza ricevuta in strutture sanitarie estere convenzionate con il Soggetto Assicuratore, per cui vigono le medesime condizioni di operatività della Polizza nel territorio nazionale, verranno effettuati in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assistito, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi).

3. ADESIONE DEL DIPENDENTE

a. ADESIONE (POLIZZA BASE)

L'adesione del dipendente alla Polizza BASE avviene in automatico al momento dell'attivazione del servizio di copertura assicurativa per l'assistenza sanitaria a decorrere dalle ore 24-00 del 1.01.2023. Successivamente all'attivazione dell'assistenza, ulteriori adesioni alla medesima polizza potranno realizzarsi esclusivamente al verificarsi dei seguenti eventi:

- (1) nel caso di nuova assunzione, per la polizza BASE (comunicazioni a cura dell'Amministrazione);

b. REVOCA DELLA COPERTURA

La revoca della copertura avviene al verificarsi dei seguenti eventi:

(1) per la polizza BASE:

- cessazione dal servizio;
- decesso dell'Assistito;

4. PRESTAZIONI DEL PIANO DI ASSISTENZA, SCOPERTO, FRANCHIGIA INDENNIZZO/ INDENNITÀ

Il servizio garantisce il pagamento/rimborso delle spese sanitarie rese necessarie in conseguenza di infortunio, malattia, di tutte le malattie concomitanti/derivanti e/o conseguenti, nonché le prestazioni sanitarie, ciascuna con i relativi massimali di copertura, franchigie e scoperti, puntualmente descritti di seguito.

La Polizza BASE opera in caso di malattia e di infortunio per le seguenti coperture:

- ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (elenco tipologie di intervento chirurgico all'allegato 1);
- ricovero in istituto di cura reso necessario da grave malattia (elenco all'allegato 2);
- intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia (elenco all'allegato 2);
- indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura diverso da grande intervento chirurgico (elenco all'allegato 1) e da grave malattia (elenco all'allegato 2), con esclusione del parto e del *day-hospital*;
- ricovero in istituto di cura per malattia oncologica;
- ospedalizzazione domiciliare;
- cure dentarie da infortunio;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o per patologie/interventi particolari;
- pacchetto prevenzione - check up preventivi;
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate nel presente capitolato, a:

- strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate (*in network*) con il Soggetto assicuratore;
- strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate (*fuori network*) con il Soggetto assicuratore;
- Servizio Sanitario Nazionale (rimborso del *ticket*).

Sono in ogni caso incluse le prestazioni sanitarie erogate individualmente o in *equipe* da professionisti medici, dipendenti di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni dei professionisti medici e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (*in sede*) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (*fuori sede*).

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

a. RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

Il soggetto assicuratore paga/rimborso tutte le prestazioni elencate nei punti che seguono fino alla concorrenza del massimale di **€ 250.000** per Assicurato e per anno assicurativo, fatti salvi eventuali sotto limiti espressamente previsti per evento.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico il massimale comprende, oltre all'intervento principale, anche eventuali interventi concomitanti.

Le prestazioni previste nella presente opzione si intendono prestate indipendentemente e ad integrazione delle prestazioni fruibili mediante Servizio Sanitario Nazionale.

Tutte le prestazioni o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato periodo di validità contrattuale annuale saranno imputate, fino a concorrenza, al massimale previsto per ciascuna garanzia in tale periodo di assicurazione, dal momento che la patologia oggetto di copertura e il conseguente trattamento (sinistro) si sono verificati in tale esercizio. L'eventuale quota di spesa non assorbibile all'interno del massimale annuo rimarrà a carico dell'assicurato.

Il Piano Sanitario previsto nella c.d. Polizza BASE deve garantire le seguenti prestazioni:

- (1) in caso di grande intervento chirurgico (elenco in allegato 1) o intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia (elenco in allegato 2) effettuato in regime di ricovero in istituto di cura o in ambulatorio medico, sono assicurate le spese per:**



- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei **150 giorni precedenti l'inizio del ricovero o precedenti all'intervento chirurgico**, purché direttamente collegati all'evento (malattia o infortunio) che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- onorari del chirurgo e di ogni soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento e apparecchi protesici applicati durante l'intervento stesso;
- rette di degenza (esclusi comfort e/o bisogni non essenziali);
- assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi purché relativi alla patologia e al periodo di ricovero o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico;
- vitto e pernottamento di un accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura ricettiva fino alla concorrenza di **€ 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo** e nucleo familiare assistito;
- assistenza infermieristica notturna dedicata durante il periodo di ricovero, fino alla concorrenza di **€ 50 al giorno per un massimo di € 1.000 per anno assicurativo**;
- esami, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici o rieducativi e assistenza infermieristica domiciliare sostenuti nei **150 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni da ricovero**, purché direttamente inerenti alla malattia o infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto sanitario dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ambulanza, treno o aereo di linea), presso l'istituto di cura e ritorno o trasferimento presso altro istituto di cura più appropriato sotto il profilo delle terapie necessarie all'Assicurato, fino alla concorrenza di **€ 2.000 per anno assicurativo**. In caso di intervento chirurgico effettuato all'estero, il Piano sanitario rimborsa le spese per il viaggio verso l'istituto di cura e ritorno con mezzo pubblico, fino alla **concorrenza di € 4.000 per anno assicurativo**;

(2) in caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da grave malattia (elenco in allegato 2), che non comporti intervento chirurgico, sono assicurate le spese per:

- assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;



- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei **150 giorni precedenti il ricovero in Istituto di cura**, purché direttamente collegati all'evento (malattia o infortunio) che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- rette di degenza (esclusi comfort e/o bisogni non essenziali);
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, medicine ed infermieristiche domiciliare sostenuti nei **150 giorni successivi alle dimissioni da ricovero**, purché direttamente inerenti alla malattia o infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto sanitario dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore, con qualsiasi mezzo (ambulanza, treno o aereo di linea), presso l'istituto di cura e ritorno o trasferimento presso altro istituto di cura più appropriato sotto il profilo delle terapie necessarie all'Assicurato, **fino alla concorrenza di € 2.000 per anno assicurativo**. In caso di ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico effettuato all'estero, il Piano sanitario rimborsa le spese per il viaggio verso l'istituto di cura e ritorno con mezzo pubblico, **fino alla concorrenza di € 4.000 per anno assicurativo**.

(3) modalità di erogazione delle prestazioni di cui ai punti (1) e (2)

- prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con il soggetto assicuratore ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati, inclusi eventuali anticipi che dovessero essere richiesti, vengono **liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate (in network)** senza applicazione di alcuna franchigia;

- prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con il soggetto assicuratore.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono **rimborsate all'Assicurato con applicazione di una franchigia assoluta di € 3.000 per evento**, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti. In caso di **intervento ambulatoriale viene applicata una franchigia relativa di € 500 per evento**;

- prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con il Soggetto assicuratore ma effettuate da medici non convenzionati.

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsale dal Soggetto assicuratore con le modalità previste per il ricovero in strutture non convenzionate;

- utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).

Il soggetto assicuratore rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, i *ticket* sanitari rimasti a carico dell'Assicurato oltre alle eventuali spese per il trattamento alberghiero sostenute in regime di solvenza. In tal caso, è escluso il beneficio dell'indennità sostitutiva di cui al successivo punto (5).

(4) Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, sono comprese le spese di espianto e trasporto dell'organo. In caso di donazione da vivente, sono comprese le spese per l'intervento chirurgico di espianto e per i relativi accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali, l'assistenza medica e infermieristica e le rette di degenza, secondo le modalità di cui ai precedenti punti.

(5) Indennità sostitutiva in caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (elenco allegato 1) o grave malattia (elenco allegato 2)

Qualora non risultino spese a carico dell'Assistito in quanto i costi relativi al periodo di ricovero e per altra prestazione ad esso connessa, esclusi eventuali *ticket*, sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute durante la degenza, il soggetto assicuratore corrisponde **un'indennità sostitutiva pari a € 120** per ogni notte di ricovero trascorsa in Istituto di cura, **per un massimo di 90 giorni**.

(6) Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura diverso da grande intervento chirurgico (elenco Allegato 1) e da grave malattia (elenco allegato 2) con esclusione del parto e del day-hospital

Il Soggetto assicuratore, in caso di ricovero in istituto di cura (con esclusione del parto e del day-hospital), corrisponderà **un'indennità di € 30** per ogni giorno di ricovero per un periodo **non superiore a 15 giorni per ricovero**.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento. La presente garanzia verrà erogata indipendentemente che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

(7) Ospedalizzazione domiciliare

Il Soggetto assicuratore, in seguito ad un ricovero indennizzabile a termini di polizza, assicura per un periodo di **120 giorni**, successivo alla data di dimissioni, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica che si dovessero rendere necessarie in ragione della patologia oggetto dell'indennizzo e finalizzata al recupero della funzionalità fisica.

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a **concorrenza della complessiva somma di € 3.000 - da intendersi quale massimale annuo per Assicurato**, senza applicazione di alcuna franchigia e/o di alcuno scoperto per le prestazioni eseguite da parte di strutture o singoli professionisti in convenzione e con l'applicazione di **uno scoperto a carico dell'Assicurato del 25% in caso di prestazioni eseguite fuori convenzione per ogni sinistro**.

b. ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

Nel caso in cui l'istituto di cura fuori *network*, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, **richiede il pagamento di un anticipo**, l'Assicurato può chiedere al Soggetto assicuratore la corresponsione di tale importo **fino a un massimo di € 15.000,00 per evento**.

c. DECESSO DELL'ASSICURATO E RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato, il Soggetto assicuratore, **per anno assicurativo e per nucleo familiare**, eroga:

- (1) un rimborso forfettario di € 5.000;
- (2) in caso di decesso all'estero durante un ricovero, le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.500.

d. PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia

- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Holter ECG (limitatamente alla polizza FULL)
- Holter pressorio (limitatamente alla polizza FULL)
- Ecografia (limitatamente alla polizza FULL)
- Ecocolordoppler arti superiori e inferiori, aorta, TSA, arterie renali (limitatamente alla polizza FULL)
- Ecocardiografia (inclusa trans-esofagea)
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- Biopsia (anche ECO/TC guidata)
- Densitometria ossea (limitatamente alla polizza FULL)
- PET

- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia (inclusa scintigrafia miocardica da sforzo)
- Tomografia Computerizzata (TC) (anche virtuale)
- Endoscopia digestiva (E.G.D.S. – Retto sigmoideo colonscopia - ERCP)
- Test genomico (Oncotype Dx), susseguente a diagnosi e/o intervento chirurgico per tumore al seno

Terapie

- Chemioterapia
- Radianti loco-regionali
- Dialisi
- Radioterapia

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante (intendendosi per medico curante il medico abilitato all'esercizio della professione medica nel Paese di servizio o in quello dove vengono prestate le cure) contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia, presunta o accertata, che abbia reso necessaria la prestazione. In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, il Soggetto assicuratore rimborsa integralmente i *ticket* sanitari a carico dell'Assistito. Per ottenere il rimborso è necessario che lo stesso alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Le garanzie di cui al presente articolo vengono accordate fino a **concorrenza della complessiva somma di € 3.000** - da intendersi quale massimale annuo per Assicurato e con applicazione di una franchigia **assoluta di € 100 per ogni prestazione**.

La franchigia non viene applicata nel caso in cui l'Assistito chieda il rimborso del solo *ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni.

e. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Il Soggetto Assicuratore paga le spese per prestazioni specialistiche, ambulatoriali e/o domiciliari, purché prescritte dal proprio medico curante, con l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia, presunta o accertata, che abbia reso necessaria la prestazione pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciato (escluse comunque le visite pediatriche generiche).

Le garanzie di cui al presente articolo vengono accordate fino a concorrenza della complessiva somma di **€ 1.000** - da intendersi quale **sotto-massimale annuo per Assicurato** (rispetto al massimale di cui al punto d.) e con applicazione per ogni **malattia e/o infortunio di una franchigia a carico dell'Assicurato di € 50 per ogni**

prestazione o ciclo di cura, intendendosi per tale una serie di prestazioni connesse alla medesima patologia e presentate in un'unica richiesta. La franchigia non viene applicata nel caso in cui l'Assistito chieda il rimborso del solo *ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni.

f. RICOVERO PER CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di pernottamento per malattie oncologiche, il Soggetto assicuratore riconosce **un'indennità di € 10.000 in unica soluzione, una tantum per anno assicurativo**, per il primo ricovero denunciato dall'Assicurato e indipendentemente dal numero di ricoveri avvenuti nell'annualità ricollegabili alla stessa patologia.

g. CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO

Il Soggetto assicuratore, in presenza di certificato rilasciato da un Pronto Soccorso, liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio. Le spese sostenute vengono rimborsate con applicazione per ogni prestazione o ciclo di cura di **uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 10% in network e del 20% fuori network con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura/persona**. Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'assistito chieda il rimborso del solo *ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a concorrenza della complessiva somma di **€ 2.500 annuale per Assicurato**.

h. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

Il Soggetto assicuratore provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio e in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti dal medico curante o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Limitatamente alla polizza FULL, il Soggetto assicuratore provvede anche al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici per patologie cronico degenerative dell'apparato muscolo-scheletrico.

Patologie o interventi chirurgici:

- Ictus
- Infarto
- Ernia del disco - iatale

- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Ricostruzioni capsulo legamentose
- Protesi articolare
- Patologie polmonari
- Postumi di interventi per fratture
- Patologie degenerative croniche dell'apparato muscoloscheletrico (limitatamente alla polizza FULL)

Le spese sostenute vengono rimborsate con applicazione per ogni prestazione o ciclo di cura di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella **misura del 5% in network e del 10% fuori network**. Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'assistito chieda il rimborso del solo *ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a concorrenza della complessiva somma di **€ 500,00 annuale per Assicurato** (massimale annuo per assicurato).

i. CHECK UP PREVENTIVI

Il Soggetto assicuratore provvede al **pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate, una volta l'anno, dall'Assicurato/Assistito**, in strutture sanitarie *in network* con il Soggetto assicuratore.

In assenza di strutture *in network* sia presso la provincia di domicilio/servizio che nel raggio di 60 km dall'indirizzo di residenza dell'Assicurato/Assistito, il Soggetto assicuratore rimborsa le medesime prestazioni effettuate in strutture fuori *network* fino al raggiungimento di un importo pari a **€ 150,00**.

PRESTAZIONI PREVISTE PER GLI UOMINI

Prelievo venoso:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- azotemia;
- bilirubina;
- colesterolo HDL ed LDL
- colesterolo totale
- creatinina

- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- elettroforesi proteica
- fibrinogenemia
- gamma GT
- glicemia
- proteinemia
- trigliceridi
- tempo di protrombina (PT)
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- uricemia
- VES
- PSA (dai 40 anni di età)

Campione urine:

- esame chimico, fisico e microscopico completo

Campione feci:

- ricerca del sangue occulto

Visite specialistiche:

- visita urologica (dai 40 anni di età)
- visita cardiologica con ECG

PRESTAZIONI PREVISTE PER LE DONNE

Prelievo venoso:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- azotemia
- colesterolo HDL ed LDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- elettroforesi proteica

- fibrinogenemia
- gamma GT
- glicemia
- lattico deidrogenasi LDH
- proteinemia
- trigliceridi
- tempo di protrombina (PT)
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- uricemia
- VES

Campione urine:

- esame chimico, fisico e microscopico completo

Campione feci:

- ricerca del sangue occulto

Esami e visite specialistiche:

- pap-test
- visita ginecologica
- visita cardiologica con ECG

ASSISTENZA DIRETTA E INDIRETTA

Il riconoscimento delle spese mediche coperte dalla garanzia può avvenire a scelta dell'assistito, nella forma dell'Assistenza Diretta ovvero Assistenza Indiretta. Sono previste delle penali in favore degli assicurati qualora il Soggetto Assicuratore non riesca a garantire i livelli di servizio prescritti.

a. Assistenza Diretta

L'assistenza diretta avviene attraverso una Rete di Strutture Convenzionate (*in network*) con il fornitore. L'utilizzo della rete di Strutture Convenzionate solleva l'assistito dall'anticipazione delle spese, che sono versate alla struttura sanitaria direttamente da parte del Soggetto assicuratore.

Il Soggetto Assicuratore si impegna a rendere disponibile agli assistiti l'elenco completo delle strutture convenzionate presenti sul territorio nazionale e nei Paesi esteri. Il citato

elenco dovrà essere oggetto di costante aggiornamento.

Il servizio di Assistenza Diretta può essere utilizzato in ogni caso di affidamento a strutture sanitarie *in network* con il Soggetto Assicuratore secondo le modalità definite nelle singole garanzie.

Il servizio di Assistenza Diretta viene attivato ordinariamente attraverso l'accesso dell'assistito sul portale web e/o APP che il Soggetto assicuratore deve mettere a disposizione secondo le modalità indicate, di seguito, dal presente Capitolato. In caso di mancato funzionamento, ovvero, in caso di impossibilità, dovrà comunque essere possibile utilizzare altre forme di comunicazione (contatto telefonico, fax o mail).

La centrale operativa del Soggetto assicuratore è comunque a disposizione per intervenire, quando è possibile, anche in situazioni impreviste di urgenza.

La scelta del centro convenzionato e del medico spetta sempre all'assistito.

L'attivazione del convenzionamento diretto prevede la trasmissione, a cura dell'assistito e con gli stessi canali dell'attivazione del servizio, della certificazione medica attestante la diagnosi e la tipologia di prestazione sanitaria richiesta. Quando occorra, l'assistito verrà contattato per l'acquisizione di ulteriori informazioni.

L'operatività della garanzia e l'autorizzazione alle procedure di assistenza diretta è confermato dal Soggetto assicuratore alla Struttura medica e direttamente all'assistito **entro 7 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta** completa di documentazione (data apertura pratica), evidenziando contestualmente le eventuali limitazioni di garanzia previste dal Piano di Assistenza Sanitaria (franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di massimale). Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale. Il Soggetto assicuratore dovrà richiedere la eventuale documentazione mancante **entro 3 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta**.

Sono previste penali in favore dell'assicurato in caso di mancato rispetto delle predette tempistiche. Il rimborso è calcolato nella misura dello **0,025%** dell'ammontare del pagamento dovuto alla Struttura Sanitaria Convenzionata per ogni giorno di ritardo. Tale importo dovrà essere liquidato direttamente dal Soggetto assicuratore all'assicurato entro 15 giorni dalla chiusura della pratica. In ogni caso non saranno riconosciute all'Assicurato penali di importo inferiore ad € 10.

Il Centro Convenzionato trasmetterà direttamente alla Centrale Operativa del Soggetto assicuratore gli originali delle fatture e copia della cartella clinica per il pagamento delle prestazioni sanitarie. La fattura in originale, debitamente quietanzata, sarà restituita all'assistito.

Qualora non ricorrano i presupposti per l'Assistenza Diretta, il Soggetto assicuratore ne

dà formale e tempestiva notizia all'assistito. In tal caso, l'assistito potrà comunque inviare la certificazione delle spese mediche sostenute, unitamente alla relativa documentazione medica, per richiedere l'indennizzo tramite rimborso delle spese secondo quanto previsto al punto che segue "Assistenza Indiretta".

b. Assistenza Indiretta

L'Assistito che per scelta decida di non avvalersi dell'Assistenza Diretta ricorrendo a strutture fuori *network*, dovrà anticipare in proprio le spese e richiederne successivamente il rimborso (assistenza indiretta o fuori *network*), salvo applicazione di eventuali franchigie e/o scoperti.

L'operatività della garanzia e l'autorizzazione alle procedure di assistenza indiretta è confermato dal Soggetto assicuratore alla Struttura medica e direttamente all'assistito **entro 7 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta** completa di documentazione (data apertura pratica), evidenziando contestualmente le eventuali limitazioni di garanzia previste dal Piano di Assistenza Sanitaria (franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di massimale). Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale. Il Soggetto assicuratore dovrà richiedere la eventuale documentazione mancante **entro 3 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta**.

L'istanza di rimborso deve essere corredata dalla necessaria certificazione medica che contenga la diagnosi o il sospetto diagnostico, nonché la copia delle fatture, notule, giustificativi e documenti di spesa fiscalmente validi e attestanti le spese sostenute.

Il Soggetto assicuratore procede al rimborso di quanto spettante all'assistito **entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento della richiesta di rimborso** di cui sopra. Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale.

Il Soggetto assicuratore dovrà richiedere eventualmente la documentazione mancante **entro 15 giorni dal ricevimento della domanda di rimborso**.

PENALE: è prevista una penale in favore dell'assicurato in caso di mancato rispetto delle predette tempistiche pari allo **0,025%** del rimborso spettante per le prestazioni effettuate per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo. Tale importo dovrà essere liquidato direttamente dal Soggetto assicuratore unitamente all'importo rimborsato, con distinta evidenza per il beneficiario. Il rimborso si intende concluso nel giorno della data della liquidazione da parte del Soggetto Assicuratore (data chiusura pratica). In ogni caso non saranno riconosciute all'Assicurato penali di importo inferiore ad € 10,00.

5. ULTERIORI GARANZIE

Il Soggetto assicuratore dovrà garantire i seguenti ulteriori servizi.

a. Portale WEB e/o APP, contatto telefonico e indirizzo mail dedicati

Il Soggetto assicuratore garantisce la disponibilità, di un portale web/sito internet e/o APP, di facile accessibilità da parte dei soggetti assistiti, che, anche allo scopo di evitare il più possibile l'utilizzo del supporto cartaceo, consenta agli Assistiti di:

- (1) aderire al Piano di Assistenza Sanitaria ;(va tenuto conto che l'attivazione della polizza BASE avverrà in automatico a cura delle singole Amministrazioni);
- (2) attivare le richieste di assistenza diretta e indiretta, allegando la relativa documentazione sanitaria e di spesa, in ottemperanza alla disciplina del Codice per la protezione dei dati personali, sia in termini di informativa al trattamento che in termini di misure di sicurezza;
- (3) scaricare le condizioni generali di assistenza, l'elenco aggiornato delle Strutture Sanitarie convenzionate, la modulistica di supporto all'assistito nell'ipotesi di attivazione del servizio via fax o mail;
- (4) prenotare una prestazione presso un operatore facente parte della rete convenzionata;
- (5) visualizzare lo stato delle richieste di autorizzazione e delle pratiche di rimborso inserite o delle richieste di assistenza per la risoluzione di problematiche inerenti all'utilizzo del portale;
- (6) visualizzare e stampare un elenco delle prestazioni erogate per anno solare, sia in regime di assistenza diretta che in regime di assistenza indiretta, con indicazione degli importi in franchigia fiscalmente detraibili.

Il Soggetto assicuratore garantisce, inoltre, un servizio di informazione e assistenza attraverso **contatto telefonico e indirizzo mail dedicati** in merito a:

- (1) Piano di Assistenza Sanitaria per gli assistiti;
- (2) pratiche individuali di assistenza diretta e indiretta o altre prestazioni attivate o da attivare previste dal Piano per il personale delle singole Amministrazioni;
- (3) problematiche inerenti l'utilizzo del portale web e/o App (in ordine a iscrizioni, variazioni, inserimento documentazione ecc.).

b. Centrale Operativa.

Il Soggetto assicuratore garantisce la disponibilità, di una Centrale Operativa raggiungibile nell'arco della giornata, compresi i giorni festivi attraverso un numero telefonico dedicato nazionale e internazionale che assicuri:

- (1) un **servizio di informazione** in merito a:
 - strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni);

- assistenza diretta e indiretta;
- centri medici specializzati;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria;

(2) un **servizio di prenotazione** per le prestazioni sanitarie garantite dal presente Capitolato nelle Strutture Sanitarie Convenzionate.

(3) un **contatto telefonico di consulenza medica**.

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, in lingua italiana, un proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione, suggerimento medico/sanitario di carattere generale. I medici di guardia non possono in alcun caso fornire diagnosi o prescrizioni.

(4) l'invio di un **medico nei casi di urgenza** (validità territoriale Italia).

Qualora l'assistito necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il proprio medico curante, la Centrale Operativa provvede 24 ore su 24, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertato la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati.

(5) l'invio di un'**ambulanza** (validità territoriale Italia) qualora l'assistito, in seguito ad infortunio o malattia, necessiti di:

- essere trasportato dal luogo dell'infortunio o della malattia al più vicino ed idoneo centro ospedaliero;
- essere trasportato dal proprio domicilio o da un ospedale in cui è ricoverato presso un altro centro ospedaliero;
- rientrare al domicilio a seguito di dimissione da un centro ospedaliero e, a giudizio del medico curante, non possa utilizzare un mezzo diverso dall'ambulanza.

La Centrale Operativa, 24 ore su 24, invia direttamente l'ambulanza tenendo a proprio carico il costo sino ad un massimo di 100 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

Non danno luogo a prestazioni i trasporti per terapie continuative.

6. ESCLUSIONI

Le prestazioni previste dal presente Capitolato **non sono operanti** per:

- in riferimento al punto "Cure oncologiche", la ripetizione dell'erogazione dell'indennità per ogni anno assicurativo se correlata alla stessa malattia (l'indennità verrà erogata una sola volta anche in caso di rinnovo o proroga del contratto);

- intossicazione conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quella a scopo ricostruttivo necessitata da infortunio o intervento chirurgico, nonché per i bambini che abbiano compiuto il terzo anno di età;
- agopuntura non effettuata da medico;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici fatto salvo quanto previsto al punto "Cure odontoiatriche da infortunio";
- conseguenze dirette ed indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate da accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- tutti gli interventi e le procedure finalizzati al trattamento dell'infertilità e dell'inseminazione artificiale, compresi gli accertamenti propedeutici agli stessi;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali omeopatici;
- cure ed interventi per la correzione o eliminazione di difetti fisici preesistenti;
- visite, esami ed accertamenti diagnostici eseguiti per il semplice controllo senza l'indicazione di una patologia presunta o accertata ad eccezione di quelli previsti dai Check Up preventivi oggetto di garanzia;
- i ricoveri per lunga degenza determinati da patologie croniche;
- condizioni dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici fatti salvi i casi dovuti allo svolgimento del servizio d'istituto, ivi comprese le attività di ordine e sicurezza pubblica e contrasto alla criminalità, svolti sul territorio nazionale da parte del personale coperto dalla polizza BASE;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché

- dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
 - le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

ALLEGATO 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- Bypass aorto-coronarico singolo e/o multiplo
- Cardiocirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
- Cardiocirurgia a cuore chiuso (senza C. E.C.) - interventi di, salvo gli interventi descritti
- Correzione di coartazione aortica
- Fistole arterovenose del polmone, interventi per – Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
- Pericardiectomia parziale e totale
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorta coronarico (C.E.C.)
- Valvuloplastica chirurgica
- Impianto di pace maker endocavitario ed eventuale riposizionamento

COLLO

- Tiroidectomia totale
- Timectomia per via cervicale
- Resezione dell'esofago cervicale

CHIRURGIA GENERALE - ESOFAGO

- Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
- Esafogoplastica
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne e megaesofago
- Operazioni per tumori, resezioni parziali basse, alte e totale

CHIRURGIA GENERALE - FEGATO E VIE BILIARI

- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Deconnessione azygos- portale per via addominale
- Epatocoledotomia
- Intervento per la ricostruzione delle vie biliari
- Papillotomia per via trans-duodenale

- Resezioni epatiche maggiori
- Interventi per pancreatite
- Intervento per neoplasia pancreatico

CHIRURGIA GENERALE - INTESTINO

- Colectomia totale ed emicolectomia
- Megacolon: operazione addominoperineale di Buhamel e Swenson
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia

CHIRURGIA GENERALE - RETTO - ANO

- Amputazione del retto per via addominoperineale in un tempo o in più tempi
- Resezione anteriore retto-colica

CHIRURGIA GENERALE - PANCREAS, MILZA

- Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia
- Enucleazione delle cisti
- Intervento per cisti e pseudocisti
- Interventi per fistole pancreatiche
- Marsupiazione
- Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- Pancreatite acuta, interventi demolitivi

CHIRURGIA GENERALE - STOMACO, DUODENO

- Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Resezione gastrica da neoplasie maligne
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Stenosi congenita del piloro

CHIRURGIA ORO - MAXILLO - FACCIALE

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne
- Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento laterocervicale funzionale o radicale
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Asportazione tumore di Wilms
- Atresia dell'ano con fistola retto- uretrale, retto-vulvare
- Abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale
- Cranio bifido con meningoencefalocele
- Esofago, atresia o fistole congenite del (trattamento completo)
- Neuroblastoma addominale
- Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva
- Spina bifida: meningocele
- Spina bifida: mielomeningocele

CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIIVA

- Aplasia della vagina, ricostruzione per

CHIRURGIA TORACO - POLMONARE

- Ernia del diaframma
- Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per
Interventi per fistole bronchiali – cutanee Interventi su polmone cistico e policistico
- Pneuropneumectomia
- Pneumectomia, intervento di
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Timectomia per via toracica
- Toracoplastica totale

CHIRURGIA VASCOLARE

- Aneurismi aorta addominale con dissecazione: resezione e trapianto
- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale succlavia, tronco
branco-cefalico, aorta ed iliache
- Operazioni sulla aorta toracica ed addominale

GINECOLOGIA

- Isterectomia con annessionectomia e linfadenectomie per tumori maligni
- Mastectomia, quadrantectomia e linfadenectomie per tumori maligni

NEUROCHIRURGIA

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, interventi di
- Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- Encefalomeningocele, intervento per
- Fistola liquorale
- Interventi per epilessia focale
- Ipofisi, intervento per via transfenoidale
- Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)
- Mielomeningocele, intervento per
- Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
- Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma endocranico
- Rizotomie e micro decompressioni radici endocraniche
- Scheggetomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- Traumi vertebro- midollari via anteriore, intervento per
- Traumi vertebro-midollari via posteriore
- Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- Tumori orbitari, intervento per

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - INTERVENTI CRUENTI

- Artrodesi vertebrale per via anteriore

- Artrodesi vertebrale per via posteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- Artroprotesi spalla, parziale
- Disarticolazione interscapolotoracica
- Emi pelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Scoliosi, intervento per
- Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)
- Amputazione anatomica totale o parziale di arti superiori e inferiori (escluso dita)
- Protesi d'anca parziale o completa

OTORINOLATRINGOIATRIA - LARINGE E IPOFARINGE

- Laringofaringectomia totale

UROLOGIA - APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfoadecnectomie per tumori maligni

UROLOGIA - RENE

- Nefroureterectomia radicale più trattamento trombocavale (compresa surrenectomia)
- Surrenectomia
- Nefrectomia allargata per neoplasia con embolectomia

UROLOGIA - URETERE

- Mega uretere resezione con reimpianto
- Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale), intervento di

UROLOGIA - VESCICA

- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Estrofilia della vescica e derivazione
- Interventi per fistola vescico-rettale

- Riparazione di fistola vescicointestinale
- Riparazione di vescica estrofica con neovescica rettale

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ALLEGATO 2

ELENCO GRAVI MALATTIE

CORONAROPATIA: malattia che determini intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie con innesto di by-pass o che richieda tecniche non chirurgiche quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.

ICTUS CEREBRALE: evento cerebro-vascolare avente ripercussioni neurologiche di durata superiore alle ventiquattro ore e implicante morte di tessuto cerebrale con esiti disfunzionali accertati.

INFARTO DEL MIOCARDIO: morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito ad afflusso insufficiente di sangue nell'area di interesse.