



# Fondo integrativo del Servizio Sanitario Nazionale per Odontoiatri Regolamento

---

## **Norme generali:**

1. Nucleo familiare
2. Finalità
3. Modalità di iscrizione, di contribuzione, di variazione e di cancellazione
4. Eventi coperti
5. Limiti delle prestazioni
6. Limiti di età
7. Definizioni
8. Persone non assicurabili
9. Validità territoriale
10. Controversie

## **Le prestazioni:**

1. Opzione minima
2. Opzione media
3. Opzione massima

## **allegati alle prestazioni:**

1. Elenco extraospedaliere
2. Elenco grandi interventi chirurgici
3. Servizio filo diretto
4. Servizio second opinion
5. Accesso al circuito benessere

## **I rimborsi:**

1. Criteri e modalità di liquidazione
2. Documentazione necessaria

## **Allegati:**

1. Modulo variazione componenti nucleo
2. Modulo variazione di indirizzo e coordinate bancarie
3. Norme per la compilazione del "modulo richiesta rimborso"
4. Modulo richiesta rimborso

## **Dread Disease**

## **PREMESSA**

---

Il Fondo Integrativo del S.S.N. Odontoiatri offre agli Associati ANDI due tipi di coperture assicurative:

- una polizza di assistenza sanitaria integrativa, tramite l'adesione da parte del Fondo ad un altro Fondo Sanitario denominato ASSIDIM Assistenza;
- una polizza Dread Disease, o copertura delle malattie gravi, tramite l'adesione da parte del Fondo ad una Cassa di Assistenza Sanitaria denominata SANINT.

Qui di seguito e sino a pagina 39 del presente regolamento sono riportate le clausole contrattuali e le prestazioni sanitarie estratte dal Regolamento di ASSIDIM Assistenza che si applicano al Fondo Integrativo del S.S.N. Odontoiatri per la parte relativa alla copertura di assistenza sanitaria.

Da pagina 40 a pagina 44 del presente regolamento sono riportate le clausole relative alla copertura Dread Disease.

## **ASSISTENZA SANITARIA**

---

### **NORME GENERALI**

#### **1. NUCLEO FAMILIARE**

Il nucleo familiare ai fini dell'ottenimento della prestazione deve essere inteso come coniuge (o convivente purché risultante dallo stato di famiglia e/o da apposita autocertificazione ) e i figli anche non conviventi purché fiscalmente a carico o per i quali vi è l'obbligo di mantenimento. È possibile anche inserire in copertura i genitori del Socio purché conviventi come da stato di famiglia.

#### **2. FINALITÀ**

Rimborso delle spese da loro sostenute per le cure di malattie e di postumi da infortuni ad integrazione totale o parziale delle prestazioni erogate dal S.S.N. nei limiti precisati successivamente.

#### **3. MODALITÀ DI ISCRIZIONE, DI CONTRIBUZIONE, DI VARIAZIONE E DI CANCELLAZIONE**

Possono iscriversi al fondo gli esercenti legali l'Odontoiatria.

Ci si può iscrivere al Fondo Sanitario entro il 28 febbraio e la decorrenza della copertura è fissata al 1° gennaio.

Dall'anno 2003 la decorrenza è stata fissata al 1° Gennaio di ogni anno e l'iscrizione durerà fino alle ore 24.00 del 31 dicembre dello stesso anno. Gli Odontoiatri che non abbiano aderito al 28 febbraio potranno aderire al Fondo Sanitario solo dopo il 31 dicembre. Coloro i quali acquisiranno il diritto ad iscriversi al Fondo successivamente al 28 febbraio potranno aderire entro 30 gg dall'acquisizione del diritto. Per questi ultimi la decorrenza della copertura sarà la data di ricezione del pagamento del contributo da parte del Fondo.

Per coloro i quali si iscriveranno nel 2° semestre sarà dovuto un contributo pari al 65%.

È possibile passare da un'opzione all'altra solo al termine dell'annualità e soltanto optando per un

piano più ampio.

È possibile interrompere la partecipazione al Fondo dandone comunicazione scritta al Fondo entro il 31 Ottobre di ogni anno. La cancellazione anticipata non dà diritto ad alcun rimborso del rateo di contributo non utilizzato. Gli iscritti che abbiano aderito al Fondo e successivamente abbiano rinunciato alla partecipazione non potranno essere più ammessi.

In caso di cancellazione del Socio, la cancellazione si estende anche a tutto il proprio nucleo familiare.

In caso di morte del Socio, la copertura continua per il proprio nucleo familiare fino alla scadenza annuale del 31.12.

I soggetti che beneficiano dell'integrazione Sanitaria hanno l'obbligo di comunicare al Fondo ogni variazione del proprio nucleo familiare.

#### **4. EVENTI COPERTI**

Cure per malattie e/o per lesioni derivanti da infortunio, che si siano rese necessarie nel corso dell'anno d'iscrizione e che abbiano richiesto le prestazioni elencate nella seguente Sez. VI. Anche se impropriamente, nelle malattie si considerano incluse: gravidanza, parto, puerperio e aborto terapeutico. Sono incluse anche le menomazioni fisiche che possono essere compensate con l'uso di protesi dentarie e protesi ortopediche. Inoltre s'intendono incluse le malattie che sono espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di iscrizione, ma non riconoscibili come tali in quell'epoca). La copertura degli eventi anzidetti cessa, comunque, al termine dell'iscrizione anche se gli eventi stessi continuano il loro decorso.

#### **5. LIMITI DELLE PRESTAZIONI**

La convenzione vale altresì durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni; è invece sospesa durante il servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazioni o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le suddette cause di sospensione.

Sono esclusi dalla prestazione:

1. le intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo in quest'ultimo caso di somministrazione terapeutica non conseguente ad assunzione volontaria), allucinogeni e simili;
2. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
3. le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, da aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale di cui l'Associato abbia preso parte volontaria;
4. le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
5. gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
6. le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia stomatologica e plastica ricostruttiva, rese necessarie da infortunio);

7. le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, intendendo per tali l'alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente (con visita medica) o strumentalmente (con accertamenti diagnostici di tipo strumentale) diagnosticabile prima dell'iscrizione;
8. gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni o alluvioni;
9. le cure e gli interventi volti alla correzione o eliminazione dei vizi refrattivi quali, a titolo esemplificativo, la cheratomilleusi e interventi ad essa assimilati (es. Prk con laser ad eccimeri);
10. le malattie mentali (incluse le nevrosi o psiconevrosi);
11. le cure e protesi dentarie, paradentarie, ortodontiche, nonché gli interventi preprotesici e di implantologia;
12. gli interventi finalizzati al trattamento dell'inseminazione artificiale;
13. check up;
14. visite per abilitazioni sportive, patenti e documenti in genere, nonché visite mediche legali;

Non sono coperti:

- o i ricoveri e le cure mediche non conseguenti ad infortunio durante i primi 60 gg dalla data di iscrizione;
- o le prestazioni connesse alla gravidanza ed al parto durante i primi 300 gg dalla data di iscrizione.

## **6. LIMITI DI ETÀ**

Non possono aderire al Fondo le persone di età superiore a 80 anni. Nel caso di compimento dell'80° anno di età durante il corso dell'annualità, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale. **(Novità dal 31/12/2009 si continuerà ad essere assistiti anche dopo aver compiuto 80 anni)**

## **7. SOGGETTI NON ASSICURABILI**

Non possono beneficiare delle prestazioni sanitarie le persone affette da infermità mentali, apoplezia, epilessia, paralisi, delirium tremens, alcoolismo e tossicomania. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della copertura, la stessa cesserà dopo il primo evento.

## **8. DEFINIZIONI**

- o **Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalità permanente o un'inabilità temporanea
- o **Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
- o **Ricovero ospedaliero:** degenza in Istituto di cura comportante almeno un pernottamento

- o **Istituto di cura:** l'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura sia convenzionati con il S.S.N. che privati, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
- o **Day Hospital:** degenza in Istituto di cura in esclusivo regime diurno, riconosciuta come tale solo dietro presentazione di cartella clinica
- o **Medicinali:** (solo nei 150 giorni post-ricovero) sono considerati tali quelli che risultano descritti sull'Annuario Italiano dei Medicamenti. Quindi, non sono tali i prodotti parafarmaceutici, omeopatici, cosmetici, dietetici, galenici ecc., anche se prescritti da un medico
- o **Assistenza infermieristica:** è quella prestata da personale fornito di specifico diploma
- o **Convalescenza:** il periodo successivo alla dimissione dall'istituto di cura che comporta un'inabilità temporanea
- o **Intervento chirurgico ambulatoriale:** l'intervento effettuato senza ricovero, comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia (esami invasivi).
- o **Grandi interventi chirurgici:** vedere elenco allegato B
- o **Extraospedaliere:** vedere elenco allegato A
- o **Visite specialistiche:** quelle effettuate da medico fornito di specializzazione
- o **Protesi ortopediche:** la sostituzione di arti o segmenti d'arto mancanti mediante dispositivi artificiali
- o **Massimale per nucleo familiare:** la disponibilità unica, ovvero la spesa massima rimborsabile per tutti i componenti del nucleo familiare che fa capo al titolare della copertura, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno solare
- o **Indennizzo:** la somma dovuta in caso di sinistro
- o **Scoperto:** percentuale non rimborsata sull'importo richiesto
- o **Franchigia:** cifra fissa che, per talune prestazioni e secondo modalità precisate, riduce l'entità del rimborso
- o **Importi non rimborsati:** quelli equivalenti agli sconti che le strutture sanitarie convenzionate praticano ad ASSIDIM quando l'Assistito, non essendosi rivolto preventivamente alla Centrale Operativa di Filo Diretto, non ne abbia ottenuta applicazione.

## 9. VALIDITÀ TERRITORIALE

La copertura vale per il mondo intero.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio U.I.C. della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

## 10. CONTROVERSIE

In caso di disaccordo sulla natura e sulle conseguenze di una malattia o di un infortunio, o di un intervento chirurgico, l'interessato dovrà presentare il suo reclamo ad ASSIDIM che interverrà

presso la Compagnia di Assicurazioni per tentare una composizione amichevole della vertenza. Nel caso l'azione di ASSIDIM non desse i risultati sperati, l'interessato dovrà ricorrere ad un Collegio Arbitrale composto da tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici di Milano. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

## **LE PRESTAZIONI**

---

### **1. OPZIONE MINIMA MASSIMALE ASSICURATO Euro 200.000,00**

#### **Descrizione in forma sintetica**

- A. NUCLEO FAMILIARE GARANTITO Tutti i familiari come da definizione prevista dalle Norme Generali
- B. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI  
In questa voce rientrano:
  - o Rette di degenza senza limiti di spesa
  - o Accertamenti diagnostici effettuati fino a 120 gg prima del ricovero e accertamenti e cure effettuate nei 150 gg successivi al ricovero
  - o Vitto e pernottamento in istituto di cura o in struttura alberghiera per un accompagnatore Euro 70,00 al giorno max 30 gg.
  - o Trasporto all'istituto di cura anche all'estero max Euro 1.800,00
  - o Prelievo di organi o parte di essi (compreso il ricovero relativo al donatore, accertamenti diagnostici, assistenza medica)
  - o Rimborso spese di rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero fino ad un massimo di Euro 775,00
  - o Pagamento diretto nelle strutture convenzionate (solo in caso di ricovero con intervento chirurgico)
- C. INDENNITÀ SOSTITUTIVA Euro 100 per ogni giorno di ricovero con il massimo di 150 gg. per anno/nucleo
- D. SERVIZIO FILO DIRETTO Centrale operativa 24h su 24h (vedi allegato C)
- E. SECOND OPINION Centrale Operativa
- F. CIRCUITO BENESSERE Centrale Operativa
- G. **COSTO ANNO/NUCLEO Euro 238,00**

## Descrizione in forma estesa

Garantisce, per gli infortuni e le malattie verificatisi nel corso dell'anno solare e qualunque ne sia il numero, fino alla concorrenza della somma di Euro 200.000,00, il rimborso delle seguenti spese, nei limiti previsti dalle singole garanzie. Tale somma si intende quale disponibilità unica per ciascun anno solare e per l'intero nucleo assistito.

### A. IN CASO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (vedere elenco - all.to B):

1. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
2. assistenza medica ed infermieristica, cure accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
3. rette di degenza senza limite di spesa;
4. accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero;
5. esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 150 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
6. prelievo di organi o parte di essi: ricovero relativo al donatore e accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
7. vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera, ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'assistito, con il limite di Euro 52 giornalieri e con un massimo di giorni 30;
8. trasporto dell'Assistito in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa, nonché trasporto dell'Assistito e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, col massimo di Euro 1.800,00 per anno/persona;
9. in caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, la prestazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di Euro 775

### B. TRASFORMABILITÀ DELLA PRESTAZIONE

Se tutte le spese, esclusi eventuali tickets e le spese di cui ai precedenti punti 4) e 5), sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, verrà corrisposta un'indennità di Euro 100 per ogni notte di ricovero, per una durata massima di 150 giorni, per ciascun anno solare e per nucleo familiare.

### C. SECOND OPINION

Possibilità di ricorrere per le malattie più gravi, attraverso una centrale operativa, ad un secondo

consulto medico. Viene fornito un "secondo consulto" sulla base dei referti medici inviati.

Un consulto con i migliori specialisti può essere organizzato anche in teleconferenza.

#### D. ACCESSO AL CIRCUITO BENESSERE

Possibilità di avere informazioni relative alle agevolazioni previste presso i seguenti centri convenzionati con Europ Assistance:

- o Stabilimenti Termali
- o Beauty Farms
- o Centri di Medicina non convenzionale (agopuntura, omeopatia, shatzu)
- o Palestre

## **2. OPZIONE MEDIA MASSIMALE ASSICURATO Euro 105.000,00 ELEVATO A Euro 155.000,00 PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

### **Descrizione in forma sintetica**

A. NUCLEO FAMILIARE GARANTITO Tutti i familiari come da definizione prevista dalle Norme Generali

B1. RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO, PARTO CESAREO. ABORTO TERAPEUTICO IN ISTITUTO DI CURA O ANCHE AMBULATORIALE

IN RETE (CENTRI CLINICI CONVENZIONATI): NESSUNA FRANCHIGIA / SCOPERTO

1. Rette di degenza senza limiti di spesa
2. Accertamenti diagnostici effettuati fino a 120 gg prima del ricovero e accertamenti e cure effettuate nei 150 gg successivi al ricovero
3. Interventi chirurgici compresi gli ambulatoriali
4. Vitto e pernottamento in istituto di cura o in struttura alberghiera per un accompagnatore Euro 70,00 al giorno max 30 gg.
5. Trasporto all'istituto di cura anche all'estero max. Euro 1.800,00
6. Prelievo di organi o parte di essi (compreso il ricovero relativo al donatore, accertamenti diagnostici, assistenza medica)
7. Rimborso spese di rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero sino ad un massimo di Euro 775,00
8. INDENNITA' SOSTITUTIVA GIORNALIERA Con intervento chirurgico Euro 100 max 150 gg.

FUORI RETE (FUORI DAI CENTRI CONVENZIONATI): CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA / SCOPERTO

1. Scoperto del 20% minimo Euro 1.500,00 massimo Euro 4.000,00, retta di degenza con il limite di Euro 300,00 al giorno

2. Intervento ambulatoriale franchigia Euro 250,00
3. Parto Cesareo limite di spesa Euro 8.000,00 e retta di degenza massimo Euro 300,00 al giorno

**B2. RICOVERI IN ISTITUTO DI CURA, ANCHE SE IN REGIME DI DAY HOSPITAL, CHE NON COMPORTI INTERVENTO CHIRURGICO**

**IN RETE (CENTRI CLINICI CONVENZIONATI): NESSUNA FRANCHIGIA / SCOPERTO**

1. Rette di degenza senza limiti di spesa
2. Accertamenti diagnostici effettuati fino a 120 gg prima del ricovero e accertamenti e cure effettuate nei 150 gg successivi al ricovero
3. Vitto e pernottamento in istituto di cura o in struttura alberghiera per un accompagnatore Euro 70,00 al giorno max 30 gg.
4. Trasporto all'istituto di cura anche all'estero max. Euro 1.800,00
5. INDENNITA' SOSTITUTIVA GIORNALIERA Con intervento chirurgico Euro 100 max 150 gg. se la degenza avviene in regime di Day Hospital l'indennità suddetta si intende ridotta a Euro 26,00.

**FUORI RETE (FUORI DAI CENTRI CONVENZIONATI): CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA / SCOPERTO**

Scoperto del 10% minimo Euro 750,00 massimo Euro 2.000,00

**B3. RICOVERI IN CASO DI PARTO NON CESAREO**

**IN RETE (CENTRI CLINICI CONVENZIONATI): NESSUNA FRANCHIGIA / SCOPERTO**

1. Rette di degenza senza limiti di spesa
2. Onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per il neonato

**FUORI RETE (FUORI DAI CENTRI CONVENZIONATI): CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA / SCOPERTO**

1. Rette di degenza con il limite massimo di Euro 300,00 giornaliere
2. Onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per il neonato
3. Scoperto del 20% minimo Euro 1.500,00 massimo Euro 4.000,00

**C. EXTRAOSPEDALIERE Euro 2.600,00**

(Agopuntura - se effettuata da medico; Chemioterapia; Cobaltoterapia; Diagnostica radiologica; Dialisi; Doppler; Ecografia; Elettrocardiografia; Laserterapia; Risonanza magnetica nucleare;

Scintigrafia; TAC; Telecuore; Endoscopia (tutti gli esami di tipo invasivo - quali, ad esempio: Angiografia, Arteriografia, Coronarografia), Urografia; MOC; Amniocentesi)

- o Scoperto per evento: 20% minimo Euro 52,00

Questo massimale è relativo unicamente all'evento non legato a ricovero, di conseguenza tutti gli eventi connessi con il ricovero rientrano nel massimale di spesa previsto al punto A).

D. PROTESI ORTOPEDICHE Euro 1.100,00

La garanzia è prestata con franchigia Euro 26 per evento

E. SERVIZIO FILO DIRETTO Centrale operativa 24h su 24h (vedi allegato C)

F. SECOND OPINION Centrale Operativa

G. CIRCUITO BENESSERE Centrale Operativa

**H. COSTO ANNO/NUCLEO Euro 660,00**

### **Descrizione in forma estesa**

Garantisce, per gli infortuni e le malattie (compresa gravidanza, puerperio, parto ed aborto terapeutico) verificatisi nel corso dell'anno solare e qualunque ne sia il numero, fino alla concorrenza della somma Euro 105.000,00 (elevata nel caso di Grandi Interventi - vedi allegato B - a Euro 155.000,00) il rimborso delle seguenti spese, nei limiti previsti dalle singole garanzie. Tale somma s'intende quale disponibilità unica per ciascun anno solare e per l'intero nucleo assistito.

A. RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO, PARTO CESAREO. ABORTO TERAPEUTICO IN ISTITUTO DI CURA O ANCHE AMBULATORIALE

IN RETE (CENTRI CLINICI CONVENZIONATI): NESSUNA FRANCHIGIA / SCOPERTO

1. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
2. assistenza medica ed infermieristica, cure accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
3. rette di degenza senza limite di spesa;
4. accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero;
5. esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle

- ortopediche), cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 150 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
6. prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
  7. vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera, ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'assistito, con il limite di Euro 70,00 giornalieri e con un massimo di giorni 30;
  8. trasporto dell'Assistito in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa, nonché trasporto dell'Assistito e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, col massimo di Euro 1.800,00 per anno/persona;
  9. in caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, la prestazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di Euro 775,00.

#### TRASFORMABILITA' DELLA PRESTAZIONE

Se tutte le spese, esclusi eventuali tickets e le spese di cui ai precedenti punti 4) e 5), sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, verrà corrisposta un'indennità di Euro 100 per ogni notte di ricovero, per una durata massima di 150 giorni, per ciascun anno solare e per nucleo familiare.

#### FUORI RETE (FUORI DAI CENTRI CONVENZIONATI): CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA / SCOPERTO

1. Scoperto del 20% minimo Euro 1.500,00 massimo Euro 4.000,00, retta di degenza con il limite di Euro 300,00 al giorno
2. Intervento ambulatoriale franchigia Euro 250,00
3. Parto Cesareo limite di spesa Euro 8.000,00 e retta di degenza massimo Euro 300,00 al giorno

#### B. IN CASO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, ANCHE SE IN REGIME DI DAY HOSPITAL, CHE NON COMPORTI INTERVENTO CHIRURGICO:

#### IN RETE (CENTRI CLINICI CONVENZIONATI): NESSUNA FRANCHIGIA / SCOPERTO

1. rette di degenza, accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure (escluse fisioterapiche e termali ma comprese le cure, applicazioni e terapie dovute a malattie oncologiche, se effettuate in regime di Day Hospital), medicinali riguardanti il periodo di ricovero;
2. accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero e/o la degenza e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero;

3. esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuate nei 150 giorni successivi al termine del ricovero e/o la degenza purché direttamente conseguenti all'evento che ha causato il ricovero;
4. trasporto dell'Assistito in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa, col massimo di Euro 1.800,00 per anno/persona.

#### TRASFORMABILITA' DELLA PRESTAZIONE

Se tutte le spese, esclusi eventuali "tickets" e le spese ai cui ai precedenti punti 2) e 3), sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, verrà corrisposta un'indennità di Euro 100 per ogni notte di ricovero, per una durata massima di 120 giorni, per ciascun anno solare e per nucleo familiare. Se la degenza avviene in regime di Day Hospital l'indennità suddetta si intende ridotta a Euro 26,00.

FUORI RETE (FUORI DAI CENTRI CONVENZIONATI): CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA / SCOPERTO

Scoperto del 10% minimo Euro 750,00 massimo Euro 2.000,00

#### B3. RICOVERI IN CASO DI PARTO NON CESAREO

IN RETE (CENTRI CLINICI CONVENZIONATI): NESSUNA FRANCHIGIA / SCOPERTO

1. Rette di degenza senza limiti di spesa
2. Onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per il neonato

FUORI RETE (FUORI DAI CENTRI CONVENZIONATI): CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA / SCOPERTO

1. Rette di degenza con il limite massimo di Euro 300,00 giornaliera
2. Onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per il neonato
3. Scoperto del 20% minimo Euro 1.500,00 massimo Euro 4.000,00

#### C. EXTRAOSPEDALIERE

Vengono rimborsate le spese extraospedaliere (così come indicate nell'allegato A di pag. 21) fino a concorrenza dell'importo massimo di Euro 2.600,00 per anno solare e per nucleo familiare.

La garanzia si intende prestata con applicazione di uno "scoperto" per ogni malattia e/o infortunio pari al 20% con minimo Euro 52,00 delle spese effettivamente sostenute e documentate, tickets esclusi.

#### D. PROTESI ORTOPEDICHE

Vengono rimborsate le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche (intese unicamente come arti artificiali) fino a concorrenza dell'importo di Euro 1.100,00, intendendosi

tale somma quale disponibilità annua unica per l'intero nucleo familiare, con una franchigia di Euro 26,00 per evento.

E. SECOND OPINION

Possibilità di ricorrere per le malattie più gravi, attraverso una centrale operativa, ad un secondo consulto medico. Viene fornito un "secondo consulto" sulla base dei referti medici inviati. Un consulto con i migliori specialisti può essere organizzato anche in teleconferenza.

F. ACCESSO AL CIRCUITO BENESSERE

Possibilità di avere informazioni relative alle agevolazioni previste presso i seguenti centri convenzionati con Europ Assistance:

- o Stabilimenti Termali
- o Beauty Farms
- o Centri di Medicina non convenzionale (agopuntura, omeopatia, shatzu)
- o Palestre

**3. OPZIONE MASSIMA MASSIMALE ASSICURATO Euro 155.000,00 ELEVATO A Euro 260.000,00 PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

**Descrizione in forma sintetica**

A. NUCLEO FAMILIARE GARANTITO Tutti i familiari come da definizione prevista dalle Norme Generali

B1. RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO, PARTO CESAREO. ABORTO TERAPEUTICO IN ISTITUTO DI CURA O ANCHE AMBULATORIALE

IN RETE (CENTRI CLINICI CONVENZIONATI): NESSUNA FRANCHIGIA / SCOPERTO

1. Rette di degenza senza limiti di spesa
2. Accertamenti diagnostici effettuati fino a 120 gg prima del ricovero e accertamenti e cure effettuate nei 150 gg successivi al ricovero
3. Interventi chirurgici compresi gli ambulatoriali
4. Vitto e pernottamento in istituto di cura o in struttura alberghiera per un accompagnatore Euro 70,00 al giorno max 30 gg.
5. Trasporto all'istituto di cura anche all'estero max. Euro 1.800,00
6. Prelievo di organi o parte di essi (compreso il ricovero relativo al donatore, accertamenti diagnostici, assistenza medica)
7. Rimborso spese di rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero sino ad un massimo di Euro 775,00
8. INDENNITA' SOSTITUTIVA GIORNALIERA Con intervento chirurgico Euro 100 max 150 gg.

FUORI RETE (FUORI DAI CENTRI CONVENZIONATI): CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA / SCOPERTO

1. Scoperto del 20% minimo Euro 1.500,00 massimo Euro 4.000,00, retta di degenza con il limite di Euro 300,00 al giorno
2. Intervento ambulatoriale franchigia Euro 250,00
3. Parto Cesareo limite di spesa Euro 8.000,00 e retta di degenza massimo Euro 300,00 al giorno

B2. RICOVERI IN ISTITUTO DI CURA, ANCHE SE IN REGIME DI DAY HOSPITAL, CHE NON COMPORTI INTERVENTO CHIRURGICO

IN RETE (CENTRI CLINICI CONVENZIONATI): NESSUNA FRANCHIGIA / SCOPERTO

1. Rette di degenza senza limiti di spesa
2. Accertamenti diagnostici effettuati fino a 120 gg prima del ricovero e accertamenti e cure effettuate nei 150 gg successivi al ricovero
3. Vitto e pernottamento in istituto di cura o in struttura alberghiera per un accompagnatore Euro 70,00 al giorno max 30 gg.
4. Trasporto all'istituto di cura anche all'estero max. Euro 1.800,00
5. INDENNITA' SOSTITUTIVA GIORNALIERA Con intervento chirurgico Euro 100 max 150 gg. se la degenza avviene in regime di Day Hospital l'indennità suddetta si intende ridotta a Euro 26,00.

FUORI RETE (FUORI DAI CENTRI CONVENZIONATI): CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA / SCOPERTO

Scoperto del 10% minimo Euro 750,00 massimo Euro 2.000,00

B3. RICOVERI IN CASO DI PARTO NON CESAREO

IN RETE (CENTRI CLINICI CONVENZIONATI): NESSUNA FRANCHIGIA / SCOPERTO

1. Rette di degenza senza limiti di spesa
2. Onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per il neonato

FUORI RETE (FUORI DAI CENTRI CONVENZIONATI): CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA / SCOPERTO

1. Rette di degenza con il limite massimo di Euro 300,00 giornaliere
2. Onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per il neonato
3. Scoperto del 20% minimo Euro 1.500,00 massimo Euro 4.000,00

C. EXTRAOSPEDALIERE Euro 4.135,00

(Agopuntura - se effettuata da medico; Chemioterapia; Cobaltoterapia; Diagnostica radiologica; Dialisi; Doppler; Ecografia; Elettrocardiografia; Laserterapia; Risonanza magnetica nucleare; Scintigrafia; TAC; Telecuore; Endoscopia (tutti gli esami di tipo invasivo - quali, ad esempio: Angiografia, Arteriografia, Coronarografia), Urografia; MOC; Amniocentesi)

- o Scoperto per evento: 10% con minimo di Euro 52,00, tickets esclusi

Questo massimale è relativo unicamente all'evento non legato a ricovero, di conseguenza tutti gli eventi connessi con il ricovero rientrano nel massimale di spesa previsto al punto A).

D. PROTESI ORTOPEDICHE Euro 1.100,00

La garanzia è prestata con franchigia Euro 26 per evento

E. VISITE SPECIALISTICHE

Quali: analisi, visite, esami diagnostici e di laboratorio se non rientranti nei capitoli di spesa di cui ai punti B) e C) Euro 1.050,00

- o scoperto 20% minimo Euro 52,00

F. SERVIZIO FILO DIRETTO Centrale operativa 24h su 24h (vedi allegato C)

G. SECOND OPINION Centrale Operativa

H. CIRCUITO BENESSERE Centrale Operativa

**I. COSTO ANNO/NUCLEO Euro 1.400,00**

**Descrizione in forma estesa**

Garantisce, per gli infortuni e le malattie (compresa gravidanza, puerperio, parto ed aborto terapeutico) verificatisi nel corso dell'anno solare e qualunque ne sia il numero, fino alla concorrenza della somma Euro 155.000,00 (elevata nel caso di Grandi Interventi - vedi allegato B - a Euro 260.000,00) il rimborso delle seguenti spese, nei limiti previsti dalle singole garanzie. Tale somma s'intende quale disponibilità unica per ciascun anno solare e per l'intero nucleo assistito.

**G. RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO, PARTO CESAREO. ABORTO TERAPEUTICO IN ISTITUTO DI CURA O ANCHE AMBULATORIALE**

**IN RETE (CENTRI CLINICI CONVENZIONATI): NESSUNA FRANCHIGIA / SCOPERTO**

1. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
2. assistenza medica ed infermieristica, cure accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
3. rette di degenza senza limite di spesa;
4. accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero;
5. esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 150 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
6. prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
7. vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera, ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'assistito, con il limite di Euro 70,00 giornalieri e con un massimo di giorni 30;
8. trasporto dell'Assistito in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa, nonché trasporto dell'Assistito e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, col massimo di Euro 1.800,00 per anno/persona;
9. in caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, la prestazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di Euro 775,00.

#### TRASFORMABILITA' DELLA PRESTAZIONE

Se tutte le spese, esclusi eventuali tickets e le spese di cui ai precedenti punti 4) e 5), sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, verrà corrisposta un'indennità di Euro 100 per ogni notte di ricovero, per una durata massima di 150 giorni, per ciascun anno solare e per nucleo familiare.

#### FUORI RETE (FUORI DAI CENTRI CONVENZIONATI): CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA / SCOPERTO

4. Scoperto del 20% minimo Euro 1.500,00 massimo Euro 4.000,00, retta di degenza con il limite di Euro 300,00 al giorno
5. Intervento ambulatoriale franchigia Euro 250,00
6. Parto Cesareo limite di spesa Euro 8.000,00 e retta di degenza massimo Euro 300,00 al giorno

H. IN CASO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, ANCHE SE IN REGIME DI DAY HOSPITAL, CHE NON COMPORTI INTERVENTO CHIRURGICO:

IN RETE (CENTRI CLINICI CONVENZIONATI): NESSUNA FRANCHIGIA / SCOPERTO

1. rette di degenza, accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure (escluse fisioterapiche e termali ma comprese le cure, applicazioni e terapie dovute a malattie oncologiche, se effettuate in regime di Day Hospital), medicinali riguardanti il periodo di ricovero;
2. accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero e/o la degenza e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero;
3. esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuate nei 150 giorni successivi al termine del ricovero e/o la degenza purché direttamente conseguenti all'evento che ha causato il ricovero;
4. trasporto dell'Assistito in ambulanza all'Istituto di cura e viceversa, col massimo di Euro 1.800,00 per anno/persona.

TRASFORMABILITA' DELLA PRESTAZIONE

Se tutte le spese, esclusi eventuali "tickets" e le spese ai cui ai precedenti punti 2) e 3), sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, verrà corrisposta un'indennità di Euro 100 per ogni notte di ricovero, per una durata massima di 120 giorni, per ciascun anno solare e per nucleo familiare. Se la degenza avviene in regime di Day Hospital l'indennità suddetta si intende ridotta a Euro 26,00.

FUORI RETE (FUORI DAI CENTRI CONVENZIONATI): CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA / SCOPERTO

Scoperto del 10% minimo Euro 750,00 massimo Euro 2.000,00

B3. RICOVERI IN CASO DI PARTO NON CESAREO

IN RETE (CENTRI CLINICI CONVENZIONATI): NESSUNA FRANCHIGIA / SCOPERTO

1. Rette di degenza senza limiti di spesa
2. Onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per il neonato

FUORI RETE (FUORI DAI CENTRI CONVENZIONATI): CON APPLICAZIONE FRANCHIGIA / SCOPERTO

1. Rette di degenza con il limite massimo di Euro 300,00 giornaliera
2. Onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami riguardanti il periodo di ricovero anche per il neonato

3. Scoperto del 20% minimo Euro 1.500,00 massimo Euro 4.000,00

I. EXTRAOSPEDALIERE

Vengono rimborsate le spese extraospedaliere (così come indicate nell'allegato A di pag. 21) fino a concorrenza dell'importo massimo di Euro 4.135,00 per anno solare e per nucleo familiare. La garanzia si intende prestata con applicazione di uno "scoperto" per ogni malattia e/o infortunio pari al 10% con il minimo di Euro 52,00, tickets esclusi, delle spese effettivamente sostenute e documentate.

J. PROTESI ORTOPEDICHE

Vengono rimborsate le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche (intese unicamente come arti artificiali) fino a concorrenza dell'importo di Euro 1.100,00, intendendosi tale somma quale disponibilità annua unica per l'intero nucleo familiare, con una franchigia di Euro 26,00 per evento.

K. DOMICILIARI ED AMBULATORIALI (ESAMI E VISITE SPECIALISTICHE)

Vengono rimborsate, semprechè pertinenti alla malattia e/o infortunio denunciati, le spese per:

- o onorari medici per visite specialistiche (escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche, nonché le prestazioni extraospedaliere garantite nell'ambito del massimale di cui al punto D);
- o analisi ed esami diagnostici e di laboratorio.

Il tutto fino a concorrenza della somma di Euro 1.050,00 per anno solare e per nucleo familiare. La prestazione di cui al presente titolo viene accordata con applicazione di uno scoperto del 20% col minimo di Euro 52,00.

I tickets saranno rimborsati al 100%.

L. SECOND OPINION

Possibilità di ricorrere per le malattie più gravi, attraverso una centrale operativa, ad un secondo consulto medico. Viene fornito un "secondo consulto" sulla base dei referti medici inviati. Un consulto con i migliori specialisti può essere organizzato anche in teleconferenza.

M. ACCESSO AL CIRCUITO BENESSERE

Possibilità di avere informazioni relative alle agevolazioni previste presso i seguenti centri convenzionati con Europ Assistance:

- o Stabilimenti Termali
- o Beauty Farms
- o Centri di Medicina non convenzionale (agopuntura, omeopatia, shatzu)
- o Palestre

## **ALLEGATO A**

### **ELENCO EXTRAOSPEDALIERE**

---

- AGOPUNTURA (se effettuata da medico)
- AMIOCENTESI
- CHEMIOTERAPIA
- COBALTOTERAPIA
- DIAGNOSTICA RADIOLOGICA
- DIALISI
- DOPPLER
- ECOGRAFIA
- ELETTROCARDIOGRAFIA COMPLETA
- ELETTROENCEFALOGRAFIA
- ENDOSCOPIA - vale a dire tutti gli esami endoscopici/invasivi, intendendosi per tali anche:
  - ANGIOGRAFIA
  - ARTERIOGRAFIA
  - CISTOGRAFIA
  - CORONAROGRAFIA
- LASERTERAPIA
- MOC
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- SCINTIGRAFIA
- TAC
- TELECUORE
- UROGRAFIA

## **ALLEGATO B**

### **ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

---

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Interventi con esofagoplastica
- Gastroectomia totale
- Gastroectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica
- Colectomia totale
- Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
- Operazioni per megacolon
- Proctocolectomia totale
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla di Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Tumori della trachea
- Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati
  - Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
  - Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
  - Correzione impianto anomalo coronarie
  - Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
  - Correzione canale atrioventricolare completo
  - Finestra aorto-polmonare
  - Correzione di:
    - ventricolo unico
    - ventricolo destro a doppia uscita
    - truncus arteriosus
    - coartazioni aortiche di tipo fetale
    - coartazioni aortiche multiple o molto estese
    - stenosi aortiche infundibulari
    - stenosi aortiche sopravvalvolari
    - trilogia di Fallot

- tetralogia di Fallot
    - atresia della tricuspide
    - pervietà interventricolare ipertesa
    - pervietà interventricolare con "debanding"
    - pervietà interventricolare con insufficienza aortica
  - Sostituzioni valvolari multiple
  - By-pass aortocoronarici multipli
  - Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico
  - Aneurismi aorta toracica
  - Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
  - Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
  - Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
  - Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici
  - Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
  - Asportazione tumori dell'orbita
  - Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie ecc.)
  - Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
  - Emisferectomia
  - Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
  - Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
  - Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
  - Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
  - Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, ecc.)
  - Interventi per traumi vertebro midollari con stabilizzazione chirurgica
  - Somatotomia vertebrale
  - Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica
  - Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale
  - Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare, abbassamento addomino perineale
  - Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale
  - Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
  - Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
  - Resezione del sacro
  - Osteosintesi rachide con placche e viti trans-peduncolari
  - Disarticolazione interscapolo toracica
  - Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec.; Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
  - Resezione artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"

- Emipelvectomia
- Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- Vertebrotonomia
- Discoctomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Artrodesi per via anteriore
- Interventi per via posteriore con impianti
- Interventi per via anteriore senza e con impianti
- ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto)
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Ileo bladder
- Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Intervento radicale per carcinoma ovarico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Si considerano Grandi Interventi Chirurgici anche:

- il trapianto degli organi per il quale sono comprese altresì le spese relative al prelievo;
- l'artoprotesi dell'anca.

## **ALLEGATO C/C1**

### **SERVIZIO FILO DIRETTO**

---

#### 1. CENTRALE OPERATIVA IN FUNZIONE 24 ORE SU 24 NIMERO 800-824080

In caso di necessità è sufficiente che il Socio chiami il numero verde della centrale operativa FILO DIRETTO, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, la quale organizza e gestisce le prestazioni previste risolvendo il problema insorto nel più rapido tempo possibile.

#### 2. CONSULTI MEDICI TELEFONICI

FILO DIRETTO mette a disposizione, nelle ore notturne e 24 ore su 24 al sabato e nei giorni festivi, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario.

#### 3. INVIO MEDICO D'URGENZA

FILO DIRETTO mette a disposizione nelle ore notturne e 24 ore su 24 al sabato e nei giorni festivi, il proprio servizio di guardia medica che garantisce la disponibilità di medici generici, pediatri e cardiologi pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la centrale operativa ed a seguito di una prima diagnosi telefonica con il medico di guardia interno, FILO DIRETTO invierà il medico richiesto gratuitamente.

In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, FILO DIRETTO organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto soccorso.

(Prestazione fornita 3 volte durante l'anno di validità del servizio).

#### 4. CONSEGNA FARMACI A DOMICILIO

FILO DIRETTO garantisce, 24 ore su 24 nei capoluoghi di provincia, la ricerca e consegna dei farmaci. Se il medicinale necessita di ricetta, il personale incaricato di FILO DIRETTO passa prima al domicilio del socio e quindi in farmacia.

Resta a carico del socio il solo costo del farmaco.

(Prestazione fornita 3 volte durante l'anno di validità del servizio).

#### 5. TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA

FILO DIRETTO qualora il socio necessiti di un trasporto in autoambulanza, organizza a proprio carico il trasferimento, inviando direttamente l'autoambulanza e sostenendo le spese di trasporto sino a un massimo di 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

(Prestazione fornita 3 volte durante l'anno di validità del servizio).

#### 6. ASSISTENZA INFERMIERISTICA

In caso di necessità, il socio può richiedere la disponibilità di dame di compagnia, infermieri generici e/o specializzati. La disponibilità del personale di assistenza è garantita 24 ore su 24 e i relativi costi restano a carico del socio.

La prestazione può essere richiesta dalle 08 alle 20, sabato e domenica escluse.

La reperibilità del personale è con un minimo di 24 ore dalla richiesta.

## **REGOLAMENTO GENERALE DEI SERVIZI FILO DIRETTO**

I servizi FILO DIRETTO sono erogati dalla Società FILO DIRETTO Centro Direzionale Colleoni - Via Paracelso, 14 - Palazzo Perseo - 20041 Agrate Brianza (Mi).

1. SOCIO

Il titolare della Card Filo Diretto e il relativo nucleo familiare.

2. ACCETTAZIONE DEL PRESENTE REGOLAMENTO

L'utilizzo della Card comporta l'accettazione integrale del presente regolamento senza eccezione e/o riserve alcune da parte del socio titolare della medesima.

3. VALIDITÀ DELLA CARD

La Card è valida in tutta Italia ed unicamente per il periodo indicato sulla Card stessa.

4. UTILIZZO DELLA CARD

Il socio che intende usufruire dei servizi Pool 2000 dovrà, al momento dell'utilizzo, obbligatoriamente passare attraverso la CENTRALE OPERATIVA Filo Diretto per la richiesta e le relative prenotazioni e mostrare, nel caso di assistenza presso le strutture sanitarie convenzionate, la Card stessa accompagnata da un documento di riconoscimento. Inoltre la Card è strettamente personale e potrà essere usata soltanto dal socio.

5. PERDITA O FURTO

In caso di smarrimento o furto della Card il socio dovrà darne immediatamente comunicazione per telefono alla Filo Diretto e confermare il fatto per mezzo lettera (o telegramma). Filo Diretto provvederà all'invio di una nuova Card.

6. CONTROVERSIE CON LE STRUTTURE SANITARIE

Il socio titolare della Card riconosce espressamente che la società Filo Diretto non ha alcuna responsabilità sulle prestazioni e/o loro esecuzioni relative ai servizi Filo Diretto. Pertanto prende atto che in qualsiasi controversia relativa alle prestazioni egli dovrà rivolgersi esclusivamente alle strutture/operatori stessi che hanno prestato i servizi richiesti; (studi medici, laboratori, cliniche, ecc.).

## **MODALITÀ DI SERVIZIO**

### **MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA RELATIVA A TUTTI I SERVIZI**

Per entrare in contatto con la Centrale Operativa funzionante 24 ore su 24, telefonare al numero 800-824080 (Linea verde TELECOM, solo scatto urbano), o qualora esigenze tecniche particolari non lo permettano, al numero 039-6899965

In ogni caso comunicare con precisione:

1. COGNOME NOME

2. CODICE DI IDENTIFICAZIONE (In caso si fosse sprovvisti della Card indicare ASSIDIM Azienda F.I.O. codice J88)

3. IL MOTIVO DELLA CHIAMATA

4. INDIRIZZO

5. RECAPITO TELEFONICO

In funzione delle singole richieste, la Centrale Operativa comunicherà al socio la modalità d'esecuzione.

**1. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO E ACCESSO ALLA RETE DEI CENTRI CLINICI CONVENZIONATI**

Per Centro Clinico convenzionato si intendono le Strutture sanitarie (Ospedali e Case di cura) e le equipe Mediche convenzionate con la Centrale Salute alle quali l'Assistito potrà essere indirizzato per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in copertura. Tali prestazioni sono fornite senza che l'Assistito debba provvedere ad anticipi o pagamenti per:

- a) ricoveri con/senza intervento chirurgico;
- b) day hospital con/senza intervento chirurgico;
- c) interventi ambulatoriali.

A carico dell'Assistito rimarranno eventuali scoperti e/o franchigie previste dalla copertura e/o somme eccedenti i massimali della copertura.

**2. MODALITA' DI ACCESSO AL SERVIZIO**

Per poter accedere al servizio l'Assistito dovrà contattare la Centrale Salute attraverso il numero telefonico presente sulla card di Filo diretto in Suo possesso oppure direttamente al n° **02-58.24.01.65**.

La Centrale Salute è operativa dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20 e il sabato dalle 8 alle 14.

In caso di ricoveri urgenti fuori dalle fasce orarie di cui sopra, il numero telefonico metterà in contatto l'Assistito con la Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24.

**3. PRENOTAZIONE DEL CENTRO CLINICO**

Qualora l'Assistito necessiti di informazioni o di una prenotazione per un ricovero è necessario che contatti **preventivamente** la Centrale Salute. Per valutare sia l'operatività della garanzia sia le specifiche esigenze cliniche dell'Assistito questi dovrà inviare alla Centrale Salute, al fax indicatogli dall'operatore, idonea documentazione medica (certificato richiesta ricovero con diagnosi completa). Valutate le specifiche esigenze cliniche dell'Assistito ed in virtù dei canali preferenziali d'accesso, la Centrale Salute prenota il ricovero in nome e per conto dell'Assistito presso la Struttura Sanitaria Convenzionata e con l'Equipe Medica Convenzionata, dandone all'Assistito stesso conferma telefonica.

**4. ATTIVAZIONE DEL PAGAMENTO DIRETTO PER LE SPESE GARANTITE DALLA COPERTURA**

Qualora l'Assistito, dopo avere preso contatto con la Centrale Salute, decida di avvalersi della Struttura Sanitaria Convenzionata e dell'Equipe Medica Convenzionata da questa proposta, a ricovero avvenuto o a prestazione sanitaria erogata, la Centrale Salute paga direttamente le spese dovute per le prestazioni mediche ed ospedaliere purché indennizzabili a termini di copertura.

Relativamente alle prestazioni pre e post-ricovero l'Assistito, anche usufruendo dei Centri Clinici Convenzionati, provvederà direttamente al pagamento delle spese mediche sostenute, che gli saranno in seguito rimborsate in base alle condizioni della copertura.

All'atto del ricovero presso una Struttura Sanitaria Convenzionata, l'Assistito dovrà sottoscrivere l'apposita "lettera d'impegno", documento che ribadisce gli obblighi reciproci tra Struttura Sanitaria e Assistito, integrata con gli adempimenti relativi a quanto previsto dal D.lgs. n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali.

La Centrale Salute provvederà a liquidare direttamente i Centri Clinici Convenzionati, in nome e per conto dell'Assistito.

5. RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE NEL CASO DI:

- a) prestazioni extra ricovero garantite dalla copertura
- b) ricoveri eseguiti in una Struttura Sanitaria non convenzionata e/o con un'Equipe Medica non convenzionata.

Le spese sostenute dall'Assistito per tutte le prestazioni extra ricovero garantite dalla copertura, come pure quelle sostenute per i casi di ricovero con o senza intervento chirurgico effettuati in una Struttura Sanitaria non convenzionata e/o con un'Equipe Medica non convenzionata, saranno rimborsate direttamente all'Assistito, in base alle condizioni della copertura.

In tutti i casi per i quali è previsto il rimborso delle spese sostenute dall'Assistito, questi deve presentare la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica direttamente ad **Assidim Assistenza – Casella Postale 10049 – 20110 Milano:**

- tramite gli appositi moduli disponibili vedi **ALLEGATO H Modello SN.04** oppure all'interno del sito internet [www.assidim.it](http://www.assidim.it) ( Statuto e Regolamento, Regolamento Titolo I Sanitaria, pag. 41 Modulistica );

oppure

- accedendo all'Area Riservata agli Assistiti delle Aziende Associate sempre all'interno del sito internet [www.assidim.it](http://www.assidim.it) sarà possibile procedere alla richiesta on-line.

## **ALLEGATO D**

### **SERVIZIO SECOND OPINION**

---

Si tratta di un servizio che consente di consultare una rete di Medici Specialisti e Centri Clinici di primaria importanza mondiale, per ottenere una valutazione clinico-diagnostica su casi complessi, in un ampio spettro di patologie.

Il servizio presuppone una prima impostazione clinica fatta dal medico curante e la necessità di ottenere un parere da parte dei migliori specialisti della materia.

Il servizio è prestato da SERVICE che tramite la Centrale di Telemedicina, utilizzando un sistema telematico di comunicazione dei dati clinico-diagnostici, preventivamente inviati dall'Associato, si collega con le diverse strutture cliniche dell'Università UCSF di Stanford in California.

Per i casi clinici più complessi il servizio può contare sull'impiego di un sistema di Video-conferenza che consente il consulto, in tempo reale, tra gli specialisti americani e, con l'eventuale ausilio dell'equipe medica della Centrale di Telemedicina, i medici curanti dell'Associato.

#### **MODALITÀ DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO**

- **QUANDO**

L'Associato ha un'alterazione dello stato di salute, per la quale è già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico, e richiede un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica: verrà, attraverso gli operatori della Centrale Operativa di Europ Assistance, messo in contatto la Centrale di Telemedicina della società specializzata che, previo contatto telefonico con l'Associato stesso, offre la possibilità di ottenere il secondo parere richiesto, avvalendosi dell'esperienza dei medici più qualificati a livello internazionale.

- **COME**

L'Associato dovrà telefonare alla Centrale Operativa di Europ Assistance che lo metterà in contatto con la Centrale di Telemedicina, spiegando il caso clinico per il quale richiede la seconda opinione da parte dei medici della rete internazionale.

I Medici della Centrale valutano ed inquadrano il caso, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti, procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, ed elaborano i quesiti che verranno sottoposti agli Specialisti Medici.

Tutti i dati clinici saranno trasmessi attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri, al Centro Medico di riferimento presso l'Università UCSF di Stanford (U.S.A.), che rappresenta il fulcro del network internazionale.

Il Centro Medico internazionale di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei Medici Specialisti, formula rapidamente la propria risposta scritta, che viene inviata all'Associato per il tramite della Centrale di Telemedicina.

## **MODALITÀ PER LA RICHIESTA DEI SERVIZI**

L'Associato deve telefonare alla Centrale Operativa di Europ Assistance che lo metterà in contatto con la Centrale di Telemedicina, dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00, esclusi i festivi infrasettimanali, chiamando lo 02/58286862

## **ALLEGATO D1 - ACCESSO A CIRCUITO BENESSERE**

---

### **ACCESSO ALLE RETI CONVENZIONATE**

Il servizio viene fornito dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 ad esclusione dei giorni festivi e dei festivi infrasettimanali.

- **QUANDO**

L'Associato desidera avere informazioni relative alle agevolazioni previste presso i seguenti centri convenzionati con Europ Assistance:

- Stabilimenti Termali
- Beauty Farms
- Centri di Medicina non convenzionale (agopuntura, omeopatia, shatzu)
- Palestre

- **COME**

In base alle esigenze dell'Associato, la Centrale Operativa fornisce, previa identificazione dello stesso:

- indirizzi e recapiti dei centri convenzionati
- tariffe agevolate applicate alle prestazioni richieste con particolare riferimento a Stabilimenti Termali

L'Associato usufruisce di tariffe convenzionate per soggiorni alberghieri e seconde cure termali (non previste dal S.S.N.) ed inoltre informazioni riguardanti:

- l'ubicazione dei Centri Termali convenzionati
- le caratteristiche curative tipiche della località termale prescelta
- la normativa sulle prestazioni termali e la prenotazione del soggiorno in albergo

Inoltre, l'Associato potrà richiedere informazioni e godere delle tariffe convenzionate anche presso le seguenti categorie convenzionate con EuropAssistance:

- Palestre
- Beauty Farms
- Centri di Agopuntura
- Centri di Talassoterapia
- Centri di Omeopatia
- Shatzu

## MODALITA' PER LA RICHIESTA DEI SERVIZI

L'Associato deve telefonare alla Centrale Operativa di Europ Assistance che lo metterà in contatto con la Centrale di Telemedicina, dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00, esclusi i festivi infrasettimanali, chiamando il n. 02/58286862

### I RIMBORSI

#### 1. CRITERI E MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE

Al completamento di un evento, cioè a conclusione del ciclo di cure con il quale l'evento stesso è stato trattato, occorre inviare la richiesta di rimborso redatta su apposito Modulo SN04 (allegato H); a tale richiesta devono essere allegati i documenti originali oltre a una fotocopia relativa alle spese sostenute.

I documenti devono contenere indicazioni tali da permettere di rilevare:

- o lo stato di malattia o di infortunio;
- o la natura ed il tipo delle cure prestate.

Queste indicazioni sono indispensabili per consentire, all'atto della liquidazione, la verifica e la corretta imputazione delle spese ai massimali di competenza.

L'Assistito e i suoi familiari aventi diritto devono consentire la visita di medici all'uopo designati e qualsiasi indagine o accertamento che si rendesse necessario, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.

I documenti comprovanti le spese sostenute, devono essere conformi alle norme fiscali vigenti nei paesi dove essi sono stati rilasciati.

In particolare, le fatture e/o parcelle devono riferirsi a prestazioni fornite in un solo anno solare.

Nel caso di prestazioni che si estendono a cavallo di due anni, è necessario procurarsi documenti di spesa separati.

Le fatture e/o parcelle devono contenere la ragione sociale della ditta o il nominativo del professionista che le ha rilasciate; e se trattasi di parcella per visita medica specialistica, anche il titolo di specializzazione del medico. Invece, se trattasi di parcella relativa ad assistenza infermieristica, deve contenere anche il numero di patente dell'infermiere.

Per la corretta attribuzione dei rimborsi ai massimali di competenza saranno prese in considerazione le date di compilazione dei documenti di spesa (fatture - tickets - parcelle ecc.) presentati anche se le prestazioni descritte in tali documenti sono riferite all'anno precedente.

I tickets delle visite e degli accertamenti diagnostici, per le prestazioni in cui sono previsti, rientrano nella garanzia se descritti nella fattura originale rilasciata dall'istituto dove gli accertamenti stessi sono stati eseguiti. Lo stato di malattia e/o infortunio deve essere evidenziato come segue:

- o nel caso di singola visita medica, si ritiene implicito, purché non si tratti di visite dietologiche nel qual caso occorre la diagnosi della malattia;

- o nel caso di visita medica con prescrizione di terapia o di accertamenti e successiva visita medica di controllo, si ritiene ancora implicito;
- o nel caso di visite mediche multiple, parcellate su unica notula, o nel caso di visite mediche singolarmente parcellate ma ripetute più volte nel corso dell'evento e senza prescrizione di terapie o di accertamenti diagnostici, occorre che il medico curante certifichi anche la diagnosi;
- o nel caso di accertamenti diagnostici di patologia clinica (analisi di laboratorio) o di accertamenti comprendenti analisi di laboratorio, o indagini radiologiche semplici prescritte dal medico curante, si ritiene implicito.

Altrimenti, occorre che il medico curante certifichi anche i motivi della prescrizione. In sintesi, è richiesta la prescrizione motivata nei casi in cui sia stata prescritta una vasta gamma di accertamenti comprendenti analisi di laboratorio, indagini radiologiche e accertamenti specialistici strumentali. Infine, oltre alla prescrizione medica motivata, occorre anche la diagnosi della malattia riscontrata quando vengono prescritti gli accertamenti tipici del controllo clinico radiologico strumentale.

Per tutti i ricoveri, la richiesta di rimborso deve essere corredata da una copia della cartella clinica.

Per le cure con o senza ricovero praticate all'estero, in paesi ove non è consuetudine rilasciare copia della cartella clinica, si consiglia di prendere preventivi accordi con le case di cura affinché venga rilasciata una documentazione valida per rimborso assicurativo. In ogni caso la documentazione rilasciata deve essere corredata da traduzione in lingua italiana.

I rimborsi vengono effettuati direttamente agli Assistiti, con accredito sul conto corrente bancario segnalato dall'Assistito e con notifica al suo domicilio.

I pagamenti vengono effettuati in Italia ed in lire italiane.

I documenti originali di spesa con sopra segnato l'importo rimborsato, vengono restituiti agli interessati ad ogni liquidazione, se sono stati inviati insieme alle rispettive fotocopie.

Non possono essere ammesse al rimborso le richieste che pervengano ad ASSIDIM dopo un anno dalla data della relativa documentazione di spesa, a meno che sia possibile dimostrare che la ritardata presentazione sia stata causata da altro ente assistenziale.

Eventuali reclami relativi ai rimborsi effettuati ed alle procedure attuate devono essere inoltrati per iscritto ad ASSIDIM.

## 2. DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

Ogni pratica di rimborso deve contenere:

1. Originali della documentazione di spesa;
2. fotocopie della documentazione di spesa;
3. Ricovero ospedaliero  
Fotocopia della cartella clinica con fotocopia e originale della documentazione di spesa

sostenuta durante il ricovero con o senza intervento chirurgico e nei periodi precedenti e successivi l'intervento, come previsto dalla copertura.

4. Visite mediche specialistiche/Esami ed Accertamenti diagnostici/Cure fisioterapiche  
Fotocopia della diagnosi e prescrizioni mediche secondo i casi.  
Originali più una fotocopia della documentazione di spesa fiscalmente valida.
5. Spese farmaceutiche (a seguito di ricovero)  
Fotocopia della prescrizione medica con diagnosi e denominazione di ogni medicinale, talloncini degli stessi, scontrino fiscale rilasciato dalla farmacia.
6. Tickets  
Fotocopia della prescrizione medica con diagnosi corredata di:
  1. scontrino fiscale della farmacia, per i medicinali;
  2. documentazione di spesa fiscalmente valida, per le altre prestazioni (analisi, visite specialistiche, ecc.).
7. Cure dentarie  
Documentazione di spesa fiscalmente valida con descrizione dettagliata dei lavori effettuati.  
Se le prestazioni riguardano anche cure ortodontiche è necessaria la suddivisione dei costi sul documento di spesa.

**ALLEGATO E**  
**MODULO SN02/1 - PRESTAZIONI SANITARIE**

Qualsiasi variazione della composizione del proprio nucleo familiare dovrà esserci segnalata compilando questo Modulo SN02/1 e corredando lo stesso dello stato di famiglia.

Spettabile

VOGLIOTTI SERVIZI - FONDO INTEGRATIVO

del S.S.N. ODONTOIATRI

Via Provana, 5

10123 TORINO

**VARIAZIONE COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE**

Vi preghiamo di voler includere nel nucleo familiare del Sig. \_\_\_\_\_  
appartenente al Fondo Sanitario il/i seguente/i familiare/i:

| GRADO DI PARENTELA | COGNOME e NOME | DATA DI NASCITA | RESIDENZA |
|--------------------|----------------|-----------------|-----------|
|                    |                |                 |           |
|                    |                |                 |           |
|                    |                |                 |           |
|                    |                |                 |           |
|                    |                |                 |           |

Trattasi di familiare/i rientranti fra i casi previsti dall'Art.2 delle NORME GENERALI, come risulta dalla documentazione allegata (stato di famiglia)

*N.B. Verranno respinti i moduli diversi dal presente e quelli compilati in modo inesatto o incompleto.*

In osservanza al D. Lgs. 196/03 e all'informativa di cui all'Art. 13 pubblicata sul sito [www.assidim.it](http://www.assidim.it), che si dichiara di aver letto, i dati contenuti nel presente modulo e quelli indispensabili ad Assidim per adempiere agli obblighi previsti dallo Statuto e dal regolamento dell'Associazione nei confronti delle Aziende Associate e degli Assistiti verranno utilizzati esclusivamente per poter garantire l'erogazione delle prestazioni a favore degli aventi diritto.

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



## **ALLEGATO G**

### **NORME PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO**

---

#### **RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE**

Vanno inviate direttamente, utilizzando il Modulo RICHIESTA DI RIMBORSO, a:

ASSIDIM ASSISTENZA  
CASELLA POSTALE 10049  
20110 MILANO

Se un modulo non fosse sufficiente, potranno esserne impiegati altri, riportando sull'ultimo il TOTALE degli importi, data e firma vanno apposte su ogni modulo utilizzato.

Le informazioni potranno essere richieste al seguente numero telefonico: 02.80562071

#### **Documentazione valida per il rimborso**

- Originali delle notule più una fotocopia
- È indispensabile che la documentazione sia completa di diagnosi

Le richieste devono essere presentate in un'unica soluzione, solo al termine della malattia.

N.B.:

1. In caso di ricovero ospedaliero è necessario produrre sempre copia della cartella clinica
2. Il termine massimo per la presentazione delle richieste di rimborso è di un anno dalla data della fattura (vale la data del timbro postale)





## ***DREAD DISEASE***

---

### **Che cos'è**

Il prodotto Dread Disease, letteralmente "malattia grave", è una copertura che garantisce l'Associato (è escluso il nucleo familiare) contro il rischio di insorgenza di una malattia particolarmente grave.

A fronte del pagamento di un contributo, generalmente annuale, viene garantita, al verificarsi di una delle patologie comprese nella copertura, la corresponsione di un capitale all'Associato o ad i suoi eredi.

La Dread Disease rientra tra le coperture sulla salute, che hanno una funzione indennitaria, nel senso che il loro obiettivo è ripristinare la capacità di consumo dell'Associato, nel caso in cui determinati eventi colpiscano la sua persona compromettendone, temporaneamente o definitivamente, la capacità lavorativa o la capacità di produrre reddito.

Questo prodotto ha quindi anche finalità previdenziali, offrendo sostegno economico in caso di una grave malattia che possa richiedere costosi interventi chirurgici o semplicemente non consenta più all'individuo di poter svolgere la propria attività lavorativa.

La copertura Dread Disease è particolarmente diffusa nel mondo anglossassone, proprio per la sua capacità di garantire all'Associato ed alla sua famiglia la protezione della qualità della vita con la libertà di utilizzare il capitale, erogato in un'unica soluzione senza vincoli di sorta, nei modi e maniere preferite, secondo le necessità.

### **A chi si rivolge**

Oggi, uno dei temi più importanti per gli individui è rappresentato dalla salute.

La salute è, infatti, ciò che più interessa ciascun individuo, per gli effetti che direttamente e quotidianamente può avere sullo stile di vita, sul lavoro, sulla vita privata delle persone.

I progressi della scienza medica hanno migliorato in maniera sensibile la qualità della vita degli individui; ciononostante, ad oggi quasi il 75% delle persone con un'età superiore ai 40 anni è esposto al rischio di contrarre in futuro alcune gravi patologie.

La Dread Disease si rivolge quindi a tutte quelle persone che, alla soglia del pieno sviluppo dell'attività lavorativa e familiare, vogliono prendersi cura del proprio stato di salute e quindi del proprio futuro.

In particolare, le caratteristiche della copertura Dread Disease rendono il prodotto interessante per le categorie di lavoratori autonomi, più esposti alle conseguenze della perdita di capacità di produrre reddito a causa dell'insorgere di una grave patologia.

### **Come funziona**

Qualora venga diagnosticata e successivamente accertata una delle malattie gravi indennizzabili elencate successivamente, verrà corrisposto un capitale pari a Euro 25.822,85.

Il capitale garantito sarà liquidato all'Associato stesso, o agli eredi legittimi e/o testamentari in caso di suo decesso dopo il periodo di differimento.

Il capitale garantito, nel caso in cui l'Associato venga colpito da una delle malattie gravi di seguito elencate, verrà corrisposto al termine di un periodo di differimento di 29 giorni dalla data in cui la malattia è stata diagnosticata, indipendentemente da un eventuale decesso in epoca successiva. Nel caso di decesso dell'Associato durante il periodo di differimento, il capitale garantito non verrà corrisposto.

### Come acquistarla

La copertura Dread Disease, studiata per tutti gli Associati ANDI, è uno dei prodotti offerti dal Fondo Sanitario degli Odontoiatri promosso da ANDI. Per essere acquistata, l'Associato ANDI deve aderire al Fondo Sanitario scegliendo l'opzione Dread Disease, compilando il modulo di adesione contenuto nel depliant informativo del Fondo disponibile presso tutte le sedi regionali ANDI ed inviandolo per posta o per fax, con copia dell'avvenuto bonifico, al seguente indirizzo:

Spettabile

VOGLIOTTI SERVIZI - FONDO INTEGRATIVO

del S.S.N. ODONTOIATRI

Via Provana, 5

10123 TORINO

Tel. 011-8179100 – 011-884170 – fax 011-8178212 – 011-884414

La copertura **Dread Disease** ha un costo pari a **Euro 140,00** e può essere pagata tramite bonifico bancario da effettuarsi a favore di:

*Coordinate bancarie IBAN per il bonifico:*

**FONDO INTEGRATIVO SSN ODONTOIATRI**  
**Largo Re Umberto, 102 Bis - 10128 Torino**  
**c/o Monte Paschi Siena - Filiale Rivoli (TO)**

| PAESE | Ctrl | CIN | A.B.I. |   |   |   |   | C.A.B. |   |   |   |   | N° CONTO |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------|------|-----|--------|---|---|---|---|--------|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I     | T    | 8   | 6      | B | 0 | 1 | 0 | 3      | 0 | 3 | 0 | 8 | 7        | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | 0 | 6 | 7 | 1 | 1 |

L'Associato ANDI può aderire al Fondo ed acquistare la copertura durante il periodo 1 gennaio / 28 febbraio; la copertura avrà validità per tutto l'anno con scadenza il 31 dicembre.

È previsto un periodo di carenza di 30 giorni: la copertura avrà decorrenza dal 1 febbraio per tutti gli Associati ANDI che aderiranno entro il mese di gennaio, mentre avrà decorrenza 1 marzo per tutti coloro che aderiranno entro il mese di febbraio.

All'atto della stipula della Dread Disease non è richiesta la compilazione di un questionario anamnestico.

La copertura Dread Disease garantisce esclusivamente l'Associato ANDI: è escluso il nucleo familiare.

## Le malattie oggetto della copertura

Sono considerate malattie gravi le seguenti patologie ed i casi ad esse ascrivibili:

a. Tumore

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla garanzia vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del II° e IV° stadio di Clarcke.

Si escludono altresì il sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS).

b. Chirurgia Cardiovascolare

Cardiopatia coronarica con necessità di intervento chirurgico a cuore aperto, consigliato da uno specialista in cardiologia, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante by-pass coronarico.

c. Infarto Miocardico

Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:

- o storia del dolore cardiaco tipico
- o comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG
- o modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci

d. Ictus cerebrale

Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.).

e. Insufficienza renale

Stadio finale di insufficienza renale che si presenta come insufficienza irreversibile cronica di funzionamento di ambedue i reni, la cui conseguenza è quella di richiedere un regime regolare di dialisi renale o viene avviato un trapianto di reni.

f. Trapianto d'organo

Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, polmone, midollo osseo (spinale). È necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato.

## **Gli eventi esclusi dalla copertura**

Oltre alle esclusioni indicate nelle definizioni di malattie gravi, sono escluse dalla copertura le malattie conseguenti o causate da:

- interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- atti volontari di autolesionismo dell'Associato, o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere;
- etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto all'Associato a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- infortuni o malattia causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomica (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.);
- scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Associato abbia preso parte attiva;
- qualunque condizione di salute o malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;
- le malattie e le conseguenze di situazioni patologiche già note all'Associato prima della stipula della copertura.

## **Cosa fare in caso di sinistro**

Al verificarsi di una delle malattie gravi indicate, l'Associato o altra persona in sua vece devono farne denuncia entro 60 giorni dalla data in cui è stata diagnosticata la malattia mediante lettera raccomandata A.R., allegando la completa documentazione sanitaria comprovante la diagnosi.

La denuncia deve essere inviata a:

Marsh

Cassa SANINT

Viale Bodio 33

20158 Milano

Telefono: 02-48538604

Fax: 02-39311251

## **Accertamento della malattia e liquidazione del capitale garantito**

La Compagnia Assicuratrice si riserva il diritto di accertare la diagnosi di malattia grave con propri medici di fiducia.

La Compagnia si impegna ad accertare l'avvenuta diagnosi della malattia grave entro 20 giorni dalla data del timbro postale di ricevimento della suindicata lettera raccomandata da parte della Cassa.

Una volta accertata l'indennizzabilità della malattia grave insorta, la Compagnia provvederà a liquidare il capitale garantito per la malattia grave entro i successivi 30 giorni.

### **Quando è valida**

La copertura Dread Disease è valida in tutto il mondo.

### **Limiti di età**

Possono acquistare la copertura Dread Disease tutti gli Associati ANDI con un'**età non superiore a 65 anni**.

### **Fiscalità**

Il corrispettivo versato dall'Associato ANDI per la copertura Dread Disease non può essere né dedotto dal reddito imponibile né detratto dalle tasse dovute. Sono invece detraibili, nei limiti di quanto indicato dalla normativa in vigore, gli importi corrisposti dall'Associato a copertura di spese mediche sostenute utilizzando tutto o parte del capitale erogato.

---