



cral
ENEA
Casaccia



MARSH

ASSISTENZA SANITARIA

2024-2° semestre

www.craleneacasaccia.it

RIEPILOGO INFORMAZIONI GENERALI

ASSISTENZA SANITARIA 2024

Le coperture assicurative saranno attive dal 1 Luglio al 31 Dicembre. Sono possibili due forme di assistenza, quella Diretta e quella Indiretta tramite il portale "<https://www.mymarsh.it>".

Il portale "www.mymarsh.it" sarà operativo a partire dal 1 Luglio 2024 per le adesioni pervenute entro il 16 Giugno 2024.



ATTENZIONE:

Per il 2024 la Convenzione prevede, sia per l'assistenza diretta che indiretta, l'inserimento di una quota di sbarramento "SIR" (Self Insured Retention) per anno per nucleo:

- per i ricoveri con o senza intervento € 4.000,00
- per Alta Diagnostica € 200,00

Considerando che la SIR è uno sbarramento da superare si consiglia di inserire tutte le spese sostenute (anche minori) al fine di raggiungere il limite di € 4.000 e/o di € 200.

Il codice azienda da inserire sul portale mymarsh in fase di registrazione è: **YS4XXSR**

I numeri telefonici di **MYRETE** sono:

02.48538982 per tutte le informazioni extra ricovero

02.48538254 ESCLUSIVAMENTE per i ricoveri in ASSISTENZA DIRETTA

ADESIONI
ALLA
CONVENZIONE
ENTRO IL
16 GIUGNO
2024



DOMANDE FREQUENTI:

- 1 DOVE POSSO VEDERE LE STRUTTURE CONVENZIONATE?**
Digitando <https://www.myrete.it>
- 2 DOVE TROVO I NOMI DEI MEDICI CONVENZIONATI?**
Non si trovano su Internet per privacy ma chiedendo direttamente al professionista.
- 3 CON CHI SONO ASSICURATO?**
Con MYRETE (sigla da dichiarare alle strutture , laboratori, professionisti).
- 4 QUAL È L'ASSICURAZIONE CHE COPRE LE GARANZIE?**
La Reale Mutua e consociati.
- 5 COSA È MARSH?**
Un Broker incaricato della gestione del portale e delle trattative.
- 6 COSA È LA SANINT?**
La Sanint è una Cassa di Assistenza.
- 7 QUANTI GIORNI SONO NECESSARI PER AVERE LE AUTORIZZAZIONI PER L'ASSISTENZA DIRETTA?**
5 giorni lavorativi (3 giorni lavorativi pieni più il giorno della richiesta e del giorno della prestazione da eseguire) e solo tramite il portale.
- 8 DEVO CAMBIARE LE CREDENZIALI DI ACCESSO AL PORTALE NEL 2024 ESSENDO GIÀ ASSICURATO NEL 2023?**
NO, non cambiano le credenziali per gli utenti già iscritti.
- 9 DOVE TROVO LA RICEVUTA DI PAGAMENTO?**
La Ricevuta si può scaricare dalla propria area riservata sul portale "www.craleneacasaccia.it".
- 10 E' OBBLIGATORIA L'ADESIONE CONTINUATIVA NEGLI ANNI?**
NO. Non è obbligatoria. Può essere effettuata per anni non consecutivi.
- 11 POSSO USARE L'ASSISTENZA FIN DAL 1 GENNAIO?**
SI. L'assistenza è attiva senza la "carenza" assicurativa.
- 12 IN FASE DI ADESIONE DEVO DICHIARARE LE MALATTIE PREGRESSE?**
NO. Non è richiesto il "questionario" per le malattie pregresse.

13

COSA SI INTENDE PER LONG TERM CARE?

Opera in caso di incapacità del caponucleo a svolgere almeno 4 delle seguenti attività: muoversi nella stanza – alzarsi e mettersi a letto – vestirsi e svestirsi – bere e nutrirsi, per le quali sia stata già riconosciuta l'assistenza domiciliare dal SSN.

14

CHE COSA È LA SIR?

Definizione di SIR “Self Insured Retention”

Rappresenta un ammontare di spesa che rimane a carico del nucleo assicurato per ciascun anno e che, una volta superato, non verrà più addebitato sino alla successiva annualità.

La SIR viene applicata sul rimborso delle prestazioni limitatamente alle aree: “ricoveri e day hospital con o senza intervento chirurgico, interventi ambulatoriali”, “alta diagnostica” e relativi sotto-massimali, pertanto non si applica, a titolo esemplificativo, alle visite specialistiche.

Opera trasversalmente ed in maniera aggregata fra garanzie coinvolte e membri del nucleo. Il suo ammontare può quindi essere raggiunto sommando spese relative a diversi massimali (previa applicazione delle franchigie eventualmente previste) per diversi membri del nucleo.

La SIR viene applicata al rimborso delle prestazioni limitatamente alle aree: ricovero e alta diagnostica.

La SIR viene applicata al rimborsabile.

Esempi:

1- Ho un preventivo di € 30.000 in assistenza diretta per un intervento con ricovero.

Come calcolo l'importo che non mi sarà rimborsato?

SIR per i ricoveri € 4.000

Scoperto per assistenza diretta € 30.000 x 20% = €6.000

Importo che in questo primo caso non mi sarà rimborsato:

€ 6.000 (scoperto) + € 4.000 (SIR) = € 10.000

Questo intervento ha assorbito completamente il valore della SIR determinandone l'azzeramento. Per eventuali successivi ricoveri la SIR non sarà applicata.

1A - Ho un preventivo di € 30.000 in assistenza indiretta per un intervento con ricovero.

Come calcolo l'importo che non mi sarà rimborsato?

SIR per i ricoveri = € 4.000

Scoperto per assistenza indiretta: € 30.000 x 35% = € 10.500

Importo che in questo primo caso non mi sarà rimborsato:

€ 10.500 (scoperto) + € 4.000 (SIR) = €14500

Questo intervento ha assorbito completamente il valore della SIR determinandone l'azzeramento. Per eventuali successivi ricoveri la SIR non sarà applicata. Sarà applicato solo lo scoperto.

2 - Ho un preventivo di € 5.000 in assistenza indiretta per un ricovero.

Come calcolo l'importo che non mi sarà rimborsato?

SIR per i ricoveri € 4.000

Scoperto per assistenza indiretta € 5.000 x 35% = € 1.750

Importo che in questo primo ricovero non mi sarà rimborsato:

€ 1.750 (scoperto) + € 2.250 (SIR) = € 5.000

Questo intervento non ha assorbito completamente il valore della SIR. Il valore residuo della SIR è di € 4.000 (massimo) - € 2.250(SIR primo ricovero)= € 1.750.

La SIR residua di € 1.750 dovrà quindi essere assorbita in eventuali successivi ricoveri.

3 - Ho un preventivo di € 4.000 in assistenza diretta per un ricovero.

Come calcolo l'importo che non mi sarà rimborsato?

SIR per i ricoveri € 4.000

Scoperto per assistenza diretta € 4.000 x 20% = € 800

Importo che in questo primo ricovero non mi sarà rimborsato:

€ 800 (scoperto) + € 3.200 (SIR) = € 4.000

Questo intervento non ha assorbito completamente il valore della SIR. Il valore residuo della SIR è di € 4.000 (massimo) - € 3.200 (SIR primo ricovero) = € 800. La SIR residua di € 800 sarà assorbita in eventuali successivi ricoveri sia in assistenza diretta che indiretta.

4 - Ho un preventivo di € 800 in assistenza diretta per "Alta Diagnostica"

Come calcolo l'importo che non mi sarà rimborsato?

SIR per "Alta Diagnostica" € 200

Scoperto per assistenza diretta € 800 x 20% = € 160

Importo che in questo primo esame diagnostico non mi sarà rimborsato:

€ 160 (scoperto) + € 200 (SIR) = € 360

Questo intervento ha assorbito completamente il valore della SIR determinandone l'azzeramento. Per eventuali successivi ricoveri nell'anno la SIR non sarà più applicata. Sarà applicato solo lo scoperto.

4A - Ho un preventivo di € 800 in assistenza indiretta per "Alta Diagnostica"

Come calcolo l'importo che non mi sarà rimborsato?

SIR per "Alta Diagnostica" = € 200

Scoperto per assistenza indiretta: € 800 x 40% = € 320

Importo che in questo preventivo non mi sarà rimborsato:

€ 320 (scoperto) + € 200 (SIR) = € 520

Questo preventivo ha assorbito completamente il valore della SIR determinandone l'azzeramento. Per eventuali successivi esami diagnostici nell'anno, la SIR non sarà più applicata. Sarà applicato solo lo scoperto sia in assistenza diretta che indiretta.

5 - Ho una fattura di € 200 in assistenza indiretta per "Alta Diagnostica".

Come calcolo l'importo che non mi sarà rimborsato?

SIR per "Alta Diagnostica" = € 200

Scoperto per assistenza indiretta: € 200 x 40% = € 80

Importo che in questi primi esami diagnostici non mi sarà rimborsato:

€ 80 (scoperto) + € 120 (SIR) = € 200

Questo intervento non ha assorbito completamente il valore della SIR. Il valore residuo della SIR è di

€ 200 (massimo) - € 120 (SIR primi esami) = € 80.

La SIR residua di € 80 sarà assorbita per eventuali successivi esami diagnostici.

6 - Ho fatto una semplice radiografia con costo di € 50.

E' utile inserirla sul portale per chiederne il rimborso in assistenza indiretta benché immagini che non mi rimborseranno nulla o quasi?

SIR per "Alta Diagnostica" = € 200

Scoperto per assistenza indiretta: € 50 x 40% = € 20; Scoperto non rimborsato € 35.

Importo che non mi sarà rimborsato: € 35 (scoperto) + € 15 (SIR) = € 50

La richiesta di rimborso per questo esame, per il quale già immaginavo che non avrei avuto alcun rimborso, ha consentito di ridurre il valore della SIR di € 15.

La SIR residua di € 185 sarà assorbita per eventuali prossimi esami.

Quindi la risposta è: "Si è utile".



ESTRATTO DI POLIZZA

CONVENZIONE SANINT ASSOCIATI CRAL ENEA CASACCIA

DEFINIZIONE

Annualità assicurativa: il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima data di scadenza del contratto. Per le annualità successive è il periodo che intercorre tra la data di rinnovo e la successiva data di scadenza.

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

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

Associata/Azienda Associata: la società che aderisce a Sanint.

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

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

Contraente: la persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione _Sanint Viale Bodio, 33 - 20158 Milano

Contratto di assicurazione: l'insieme delle garanzie prestate dalla presente polizza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nucleo Familiare: il titolare dell'Azienda associata nonché:

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

Patologia preesistente:

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

Polizza: l'insieme dei documenti che comprovano il contratto di assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

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

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

Residenza: luogo in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano in cui l'assicurato ha stabilito la dimora abituale.

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

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

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

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

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

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

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

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

Surroga: è il diritto dell'assicuratore di sostituirsi all'Assicurato indennizzato in una richiesta risarcitoria qualora il danno sia stato causato da un terzo. È possibile prevedere nel contratto la rinuncia alla surroga da parte dell'assicuratore lasciando così impregiudicato il diritto del danneggiato di rivalersi su colui che ha arrecato il danno.

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Assicurati

La garanzia vale nei confronti dei soggetti indicati dall'azienda associata a Sanint, purché residenti in Italia. La garanzia è inoltre estesa ai rispettivi nuclei familiari come riportato nelle Definizioni. In caso di decesso del titolare, regolarmente in copertura, l'azienda associata potrà richiedere la permanenza in copertura per il coniuge superstite ed i suoi famigliari, già assicurati alla data del decesso, fino alla prima scadenza anniversaria.

Art. 2 - Prestazioni

a. La Società assicura, per gli infortuni e le malattie, fino alla concorrenza del massimale di Euro 500.000,00 anno assicurativo e per nucleo familiare, il rimborso delle spese per:

in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio con o senza intervento chirurgico:

- gli onorari del Chirurgo, dell' Aiuto, dell' Assistente, dell' Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; i diritti di sala operatoria, materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;

- l'assistenza medica ed infermieristica, cure –anche omeopatiche-, trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero, medicinali ed esami riguardanti il periodo di ricovero;

- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici), onorari medici per visite specialistiche, esami effettuati in Istituto di Cura o ambulatorio nei 150 giorni precedenti il ricovero;
- onorari medici per visite specialistiche, esami, acquisto di medicinali e prodotti omeopatici, prestazioni mediche chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati in Istituto di Cura o ambulatorio nei 150 giorni successivi al ricovero;
- trasporto dell'Assicurato, dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di Euro 2.600,00 per anno e per nucleo familiare;
Relativamente al PARTO CESAREO avvenuto in Istituto di cura, la garanzia s'intende prestata fino al massimo di Euro 10.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare. Nel massimale previsto per il parto cesareo sono comprese le spese per rette di degenza, onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami, assistenza medica e infermieristica, sostenute anche per il neonato.

Relativamente al PARTO NON CESAREO avvenuto in Istituto di cura, la garanzia s'intende prestata fino al massimo di Euro 2.600,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare. Nel massimale previsto per il parto non cesareo sono comprese le spese per rette di degenza, onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami, assistenza medica e infermieristica, sostenute anche per il neonato.

In caso di Parto, la Società rimborsa le spese sostenute:
per la crioconservazione privata delle cellule staminali del cordone ombelicale fino alla concorrenza di Euro 1.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare e previa applicazione di uno scoperto del 50%. Al fine dell'ottenimento del rimborso sarà necessario presentare, unitamente alla fattura debitamente quietanzata, la documentazione comprovante che la prestazione sia stata erogata a favore dell'Assicurato.

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

Limitatamente ai casi di interventi di mastectomia a seguito di neoplasia maligna che prevedano l'applicazione di protesi ricostruttiva, la garanzia è operante anche per l'intervento di chirurgia plastica per il riallineamento dell'altro seno, purchè effettuati in strutture sanitarie e da medici convenzionati o in SSN. Qualora l'intervento per il riallineamento dell'altro seno non fosse eseguito contestualmente con l'intervento di mastectomia, la garanzia è comunque operante purchè effettuato entro un anno dall'intervento principale. La garanzia è operante fino ad un massimo di Euro 4.000,00.

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico di cui al precedente punto a., inoltre:
La Società, nell'ambito del massimale previsto per il caso di ricovero, rimborsa le spese sostenute per:
day hospital - la garanzia ricovero s'intende estesa anche al caso in cui la degenza avvenga in regime di "day hospital" (degenza diurna); pertanto si precisa che:
• nei casi di degenza diurna con intervento chirurgico vale il massimale stabilito dall'art. 2) "Prestazioni" punto a. delle Condizioni Generali di Assicurazione
• nei casi di day hospital senza intervento chirurgico viene stabilito un massimale di Euro 10.000,00 per anno e per nucleo. Sono comunque escluse le prestazioni relative alle "cure termali";

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

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

Vitto e pernottamento in Istituto di cura di un accompagnatore dell'Assicurato fino alla concorrenza del massimale di Euro 52,00 al giorno con il massimo di Euro 2.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare. In caso di indisponibilità del pernottamento presso l'Istituto di Cura saranno rimborsate (nei limiti previsti) le spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso strutture alberghiere previa dichiarazione del medico attestante la necessità dell'assistenza al malato e dichiarazione di indisponibilità del pernottamento da parte dell'Istituto di Cura.

Rimpatrio della salma: in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero conseguente a ricovero, con il limite di Euro 2.000,00

Copia della cartella clinica: si conviene di estendere la copertura alle spese sostenute per la richiesta della copia della cartella clinica, entro il limite massimo Euro 60,00 per anno/persona

Ricoveri derivanti dalla cura delle malattie mentali: entro un limite massimo di Euro 2.000,00 per anno/nucleo, da intendersi quale sotto limite della garanzia più ampia "Ricovero". Resta confermata l'esclusione di cui all'Art.6 – delle "Esclusioni" a valere per le altre prestazioni.

Disforia di genere: l'estensione è ammessa a sola condizione che la riassegnazione del genere sia provata dal tribunale competente con sentenza effettiva in data successiva alla data di effetto della presente appendice. La garanzia in aggiunta a quanto già previsto dai piani della presente convenzione, è garantita entro un limite massimo di spesa pari ad Euro 15.000,00 per anno/nucleo; che si intende elevato ad Euro 30.000,00 in caso di intervento chirurgico per anno/nucleo. Si precisa che i predetti massimali non prevedono applicazione di franchigie e/o scoperti. Sono ammesse a rimborso anche le spese sostenute nei due anni precedenti alla data della sentenza predetta, fermo restando che sono ammesse le sole spese sostenute successivamente alla data di effetto dal 31.12.2022.

L'assicurato potrà usufruire di tale disponibilità fintanto che permane il rapporto di lavoro con l'Azienda Associata. La prestazione terminerà in concomitanza con la cessazione della copertura secondo quanto previsto dalla presente convenzione per le cessazioni occorse in corso d'anno. Ai fini del riconoscimento del rimborso le fatture relative alle spese sostenute dovranno indicare quale quesito diagnostico l'indicazione "disforia di genere/rettificazione del sesso". Sono rimborsabili le seguenti spese mediche sostenute:

Entro il limite di spesa di Euro 15.000,00:

- Per sedute di psicoterapia/psichiatria;
- Per visite specialistiche effettuate da endocrinologo, e spese per cure ormonali; sono altresì compresi gli eventuali farmaci prescritti.

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

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- i diritti di sala operatoria, materiale d'intervento, trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero;
- l'assistenza medica e infermieristica, cure anche omeopatiche, esami e medicinali effettuati durante il periodo di ricovero;
- le rette di degenza;
- gli esami, accertamenti diagnostici e le visite specialistiche effettuati 120 gg. prima e relativi al ricovero con intervento, nonché esami, visite specialistiche, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 gg.
- epilazione definitiva (con un sottolimito di Euro 1.000,00 per anno/nucleo)
- interventi puramente estetici non previsti dai principali protocolli applicabili (con un sottolimito di Euro 4.000,00 anno/nucleo)

b. In caso di visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio la Società rimborsa le spese sostenute, purché pertinenti all'evento denunciato, per:

- onorari medici per visite specialistiche, purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo;
- noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici;
- accertamenti diagnostici prescritti dal Medico curante;
- agopuntura ed elettro-agopuntura, purché praticati da Medici regolarmente iscritti all'albo;
- infiltrazioni con farmaco effettuate da Medici regolarmente iscritti all'albo;
- chiropratica;
- logopedia;
- osteopatia;
- pranoterapia;
- cure termali;
- per assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal Medico curante, con il limite di Euro 52,00 giornaliera.
- per cure psicoterapiche con un limite di Euro 50,00 per seduta ed un massimo di 10 sedute per anno. Per cure psicoterapiche si intende: sedute di psicoterapia effettuate da psicologi e/o psichiatri psicoterapeuti, con esclusione dei farmaci eventualmente prescritti e delle visite specialistiche psichiatriche.

Saranno ammesse al risarcimento solo le notule riportanti la diagnosi.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza dei massimali indicati in Euro 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

c. In caso di medicina preventiva intendendosi per tali le spese relative alle prestazioni elencate nell'opzione prescelta:

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

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di Euro 600,00 da intendersi quale disponibilità unica per nucleo familiare/biennio assicurativo.

Sono coperte le seguenti opzioni:

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

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

d. In caso di spese di alta diagnostica: la Società rimborsa le spese per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono, stabilendo pertanto che le stesse vengono escluse dalla prestazione di cui all'art. 2) lettera b. delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- ago aspirato;
- amniocentesi/pre-natal safe/harmony test/villocentesisi (per donne con età > 35 anni);
- chemioterapia;
- cobaltoterapia;
- diagnostica radiologica;
- dialisi;
- doppler;
- afiargoce -
- afiargoidracorttele -
- afiargolafecneorttele -
- esami endoscopici con/senza biopsia;
- laserterapia;
- onde d'urto;
- pet;
- radioterapia;
- risonanza magnetica nucleare;
- afiargitnics -
- tac;
- fekarterapia;
- telecuore;

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata sino ad un massimo di Euro 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

e. In caso di cure oncologiche: la Società rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica fino alla concorrenza del massimale indicato in Euro 10.000,00, per anno assicurativo e per nucleo familiare.

f. L'acquisto di presidi ortopedici e protesi ortopediche e acustiche con il limite di massimale in Euro 1.600,00 (per i presidi ortopedici opera un sottolimito di € 300 per anno assicurativo e per nucleo assicurato).

g. Riabilitazione a seguito di diagnosi di autismo, dislalia, discalculia: entro un limite massimo di spesa di Euro 3.000,00 per anno / nucleo. Si intendono comprese le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie (compresa la pet therapy) purché prescritte da un medico. Si precisa che il massimale non prevede applicazione di franchigie e/o scoperti.

h. Fecondazione assistita: in caso di comprovante patologia, la Società rimborsa le spese relative alla procreazione medicalmente assistita (PMA) per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della (PMA);
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione assistita utilizzata.

La garanzia è prestata fino a un massimo annuo di € 1.000,00 per annualità assicurativa e per nucleo assicurato.

Relativamente alle prestazioni previste ai punti a) b) c) d) e) del presente articolo, l'assicurato potrà avvalersi di centri convenzionati tramite provider MyRete.

Si precisa che le analisi di laboratorio non potranno essere effettuati in regime di convenzionamento diretto.

Art. 3 - Diaria surrogatoria

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

Art. 4 - Neonati

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

Art. 5 - Estensioni di garanzia

Sono incluse nell'assicurazione:

- le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza nonché le malattie croniche e recidivanti;
- gli interventi e le cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fermo quanto previsto dall'art. 6) "Esclusioni" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

La gravidanza è considerata malattia a tutti gli effetti.

Art. 6 - Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione:

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

Art. 7 - Persone non assicurabili

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

Art. 8 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero

Art. 9 - Sinistri

Denuncia di infortunio o di malattia - Obblighi dell'Assicurato

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

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

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

Criteri di liquidazione (Pagamento dell'indennizzo - Assistenza indiretta)

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

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

La documentazione medica da fornire alla Società, oltre che la descrizione dell'evento oggetto della denuncia del sinistro, deve comprendere l'indicazione della natura e del tipo di cure prestate, pertinenti all'evento denunciato.

Qualora l'assicurato debba presentare l'originale della documentazione ad un Ente Assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società effettuerà il rimborso dietro presentazione di una copia della predetta documentazione unitamente al documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente Assistenziale.

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

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Per garanzie a. – Ricovero con o senza intervento chirurgico:

SIR (ammontare di spese che rimane a carico dell'assicurato) € 4.000,00

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

- scoperto 35%

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

- scoperto 20%

Per garanzia b – Visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio:

in caso di non utilizzo del network MyRete:

- scoperto del 40% con il minimo di Euro 35,00 per sinistro.

in caso di utilizzo del network MyRete:

- Scoperto del 20% con il minimo di Euro 15,00.

Il convenzionamento diretto My Rete NON è operante per gli esami di laboratorio.

Per garanzia c. - medicina preventiva:

in caso di non utilizzo del network MyRete:

- scoperto del 20% con il minimo di Euro 25,00.-

in caso di utilizzo del network MyRete

- nessuno scoperto o franchigia

Il convenzionamento diretto My Rete NON è operante per gli esami di laboratorio.

Per garanzia d. – spese di alta diagnostica:

SIR (ammontare di spese che rimane a carico dell'assicurato) € 200,00

in caso di non utilizzo del network MyRete:

- scoperto del 40% con il minimo di Euro 35,00 per sinistro.

in caso di utilizzo del network MyRete:

- Scoperto del 20% con il minimo di Euro 20,00.

Per garanzia e. - cure oncologiche:

in caso di non utilizzo del network MyRete:

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

in caso di utilizzo del network MyRete:

- franchigia di Euro € 15,00

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

Anticipo indennizzi

Nel caso di avvenuto ricovero in Istituto di cura è facoltà dell'Assicurato richiedere un anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura non superiore al 60% delle stesse, previa contestuale presentazione alla Società di certificazione provvisoria dell'Istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, eventualmente la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

L'anticipazione delle spese può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare delle spese non sia inferiore a Euro 516,00. Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa, si procede al conguaglio attivo o passivo.

Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulle indennità, le parti interessate (l'assicurato da una parte e la società dall'altra) rinviano per iscritto mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi delle indennità a norma e nei limiti delle condizioni di assicurabilità, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede nel comune sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

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

Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del Codice Civile.

Misure restrittive (Sanctions Limitations and Exclusion Clause)

La Società, in qualità di assicuratore e/o riassicuratore, non sarà pertanto tenuta a prestare copertura né sarà tenuta al pagamento di alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento, o il riconoscimento di tale beneficio esponga la Società a sanzioni, divieti o restrizioni imposti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da provvedimenti della Repubblica italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente e/o dell'Assicurato

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e/o dell'Assicurato relativamente a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, rese in sede di conclusione del Contratto di Assicurazione o dei successivi rinnovi, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione del Contratto di Assicurazione.

Tuttavia l'omissione di dichiarazioni o comunicazioni della Contraente di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore ed/od omissione non intenzionale od involontario della stessa e delle persone di cui deve rispondere a norma di Legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno questa assicurazione.

Variazione del rischio

La Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica Diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dalla Contraente e rinuncia al diritto di recesso di cui all'art. 1897 c.c

Se la variazione implica Aggravamento del rischio, la Società, ai sensi dell'art. 1898 c.c, ha facoltà di recedere dal contratto; tale facoltà sarà esercitata con preavviso di trenta giorni, salvo accordo tra le parti per la prosecuzione del contratto tramite emissione di apposito atto.

ESTENSIONE AL CONVENZIONAMENTO MYRETE

PRESTAZIONE SANITARIA DI RICOVERO ED EXTRA RICOVERO IN FORMA DIRETTA PRESSO LA RETE CONVENZIONATA "MYRETE"

CONVENZIONE

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

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

IN CASO DI SINISTRO

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

A - SCELTA DELLA STRUTTURA SANITARIA

Individuare la Struttura Sanitaria più adatta alle proprie esigenze, tra quelle convenzionate MyRete. Tale informazione è facilmente reperibile consultando il sito Myrete.it

È necessario, in tutti i casi, farsi riconoscere dalla Struttura come Assistito Sanint/ MyRete, eventualmente presentando anche la stampa del Modulo on-line di Preattivazione / conferma che l'Assicurato potrà stampare dal portale web dedicato.

B - PREATTIVAZIONE DEL SERVIZIO PER PRESTAZIONI SANITARIE DI RICOVERO –EXTRARICOVERO E CURE DENTARIE

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

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

La Centrale Operativa comunicherà la conferma dell'avvenuta autorizzazione.

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

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

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

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

