



**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
RIMBORSO SPESE MEDICHE**

CASSA DI ASSISTENZA AREASALUS

Il presente Fascicolo Informativo contiene:

- a) Nota Informativa, comprensiva del Glossario**
- b) Condizioni di assicurazione**

Deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto.

GRUPPO NOBIS



GLOSSARIO

Ambulatorio:	la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni sanitarie nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Assistito:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'erogazione delle prestazioni
Centrale operativa:	è la struttura di FILO DIRETTO ASSICURAZIONI S.p.A. costituita da: medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che provvede al contatto telefonico con l'Assistito e che organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste nel contratto.
Centri Clinici Convenzionati:	le strutture sanitarie convenzionate con la Centrale, alle quali l'assistito potrà rivolgersi, su indicazione e previa autorizzazione della stessa, per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza. In caso di ricovero tali prestazioni sono fornite senza che l'Assistito debba provvedere ad anticipi o pagamenti che verranno effettuati direttamente dall'Impresa ai centri convenzionati con le modalità previste dal contratto.
Centri Clinici non convenzionati:	le strutture sanitarie diverse da quelle indicate dall'Impresa, in possesso dei requisiti stabiliti dalla normativa di legge in vigore, alle quali l'Assistito potrà comunque rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in copertura, senza ottenere il servizio di pagamento diretto delle prestazioni da parte dell'Impresa.
Day Hospital:	degenza in Istituto di Cura in esclusivo regime diurno, documentata da cartella clinica
Day Surgery:	l'intervento chirurgico effettuato in sala operatoria presso un istituto di cura, in regime di degenza diurna, che non comporta pernottamento, documentato da cartella clinica.
Diaria sostitutiva:	l'indennità giornaliera che l'Associato, in caso di ricovero, può chiedere in alternativa del rimborso delle spese mediche.
Evento dannoso:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la copertura.
Franchigia:	parte dell'indennizzo espressa in cifra fissa che rimane a carico dell'Associato.
Indennizzo:	la somma dovuta dall'Impresa in caso di evento dannoso.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche permanenti obiettivamente constatabili.
Intervento chirurgico:	atto medico praticato in sala operatoria di un istituto di cura o di un ambulatorio all'occorrenza attrezzato, perseguibile attraverso una azione cruenta sui tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Si intende equiparata ad un intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.

Istituto di cura:	<p>l'ospedale, casa di cura, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la clinica universitaria, regolarmente autorizzati dalle competenti autorità – in base ai requisiti di legge – all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.</p> <p>Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture sanitarie di riabilitazione e rieducazione, le residenze sanitarie per anziani (RSA), le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche nonché i centri, comunque intesi, eroganti le prestazioni definite all'art. 2 della legge 15 marzo 2010 n.38.</p>
Malattia:	<p>ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.</p>
Malattia preesistente:	<p>malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto.</p>
Malformazione - difetto fisico:	<p>alterazione organica acquisita, evidente o clinicamente diagnosticabile, oppure alterazione organica congenita, evidente o clinicamente diagnosticabile.</p>
Medicinali:	<p>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.</p>
Ricovero:	<p>la degenza, comportante pernottamento, in istituto di Cura.</p>
Scoperto:	<p>parte di indennizzo espressa in percentuale che rimane a carico dell'Associato.</p>
Sinistro:	<p>il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione</p>

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Socio Aziendale e/o dell'Assistito relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 cod. civ.

ART. 2 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro, le Parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di contratto, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assistito. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale, nel quale caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

ART. 3 – CESSIONE E CONCESSIONE IN PEGNO A TERZI – PRETESE VERSO TERZI

Non possono essere né cedute né concesse in pegno richieste di terzi sulle prestazioni assicurative. Nel caso in cui l'Assistito abbia diritto ad indennizzi da parte di terzi (S.S.N., Casse Mutue, ecc.) l'Impresa è tenuta a rimborsare soltanto la differenza delle spese effettivamente incontrate, entro i limiti fissati dalla tariffa. L'Impresa rinuncia al diritto di surrogazione come da art. 1916 del Codice Civile.

ART. 4 – OGGETTO DELLA PRESTAZIONE

A norma e nei termini delle condizioni della prestazione e delle tariffe applicate l'Impresa accorda, per la durata del rapporto contrattuale il rimborso delle spese accertate e documentate per cure necessarie e conseguenti a malattia, infortunio o parto, nella misura delle prestazioni indicate nelle relative tariffe.

ART. 5 – PRESTAZIONI GARANTITE E MASSIMALI RELATIVI

Sono riconosciute solo ed esclusivamente le prestazioni e i massimali richiamati nella Scheda delle garanzie.

A) RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, vengono rimborsate, nei termini delle norme contrattuali, dei massimali e delle tariffe applicate, le spese accertate e documentate per:

I. Spese di Intervento Chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, diritti di sala operatoria e materiale di intervento comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento.

Viene inoltre compreso il trapianto degli organi quando l'Assistito è donatore vivente.

Se l'Assistito è beneficiario della donazione, la garanzia è operante sia per il donatore che per il beneficiario.

II. Spese sanitarie

Retta di Degenza. Retta per l'accompagnatore. Prestazioni mediche ed infermieristiche, consulenze

medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici, rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici, durante il ricovero.

Le spese per l'accompagnatore si intendono sia la permanenza (incluse le spese di viaggio in treno o aereo, massimale come da scheda di polizza), che vitto e alloggio presso l'istituto stesso o in albergo, nella località più vicina all'Istituto fino ad un massimo di giorni pari a quelli del ricovero al limite indicato nella Scheda delle garanzie.

III. **Spese in Day Surgery**

L'intervento chirurgico, comprensivo delle Spese sanitarie e di degenza, effettuato in Sala Operatoria presso un Istituto di cura in regime di degenza diurna (senza pernottamento).

IV. **Spese in Day Hospital**

Spese sostenute in caso di degenza in Istituto di Cura in esclusivo regime diurno, documentate da cartella clinica.

V. **Interventi ambulatoriali e Ricoveri urgenti**

Si precisa che, indipendentemente dalla struttura utilizzata, le franchigie e gli eventuali scoperti non verranno applicati nei seguenti casi:

- Interventi ambulatoriali;
- Ricoveri urgenti conseguenti a malattia e/o infortunio.

VI. **Rimborsi relativi al Parto**

- Parto cesareo:

I ricoveri sono rimborsati con le modalità previste dal Rimborso Diretto e/o dal Rimborso Indiretto o dalla convenzione parziale, applicando sottolimiti e franchigie o scoperti come da Scheda delle garanzie;

- Parto naturale o fisiologico:

I ricoveri sono rimborsati solo in modo indiretto applicando sottolimiti e franchigie o scoperti come da Scheda delle garanzie.

VII. **Diaria sostitutiva**

Nel caso in cui l'Assistito non abbia sostenuto alcuna spesa per il ricovero, o comunque non abbia presentato fatture, presso una struttura facente parte del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa corrisponderà un'indennità giornaliera per ogni giorno di degenza come da Scheda di garanzie fino ad un massimo di 300 giorni.

Tale indennità viene elevata in caso di ricovero per Parto come da Scheda delle garanzie.

B) MODALITÀ DI RIMBORSO

I. **Rimborso Diretto nel caso di ricovero in Network**

Massimali per nucleo familiare e per anno assicurativo come indicato nella Scheda di garanzie:

- L'Impresa rimborsa direttamente le spese sanitarie sostenute e rimborsabili come da Scheda di garanzie applicando i limiti e gli scoperti o franchigie indicati nella stessa Scheda delle garanzie.

II. **Rimborso Indiretto nel caso di ricovero fuori Network**

Massimali per nucleo familiare e per anno assicurativo come indicato nella Scheda di garanzie:

- L'Impresa rimborsa all'Assistito le spese sanitarie sostenute e rimborsabili a termini contrattuali applicando i limiti e gli scoperti o franchigie indicati nella Scheda delle garanzie.

III. **Rimborso in convenzione parziale nel caso di ricovero in Network con medici non convenzionati**

Massimali per nucleo familiare e per anno assicurativo come indicato nella Scheda di garanzie:

- L'Impresa rimborsa direttamente le spese sanitarie di competenza della Struttura facente parte del Network, senza l'applicazione di scoperti o franchigie.
- L'Impresa rimborsa all'Assistito le spese sanitarie dell'équipe chirurgica sostenute e rimborsabili a termini contrattuali applicando i limiti e gli scoperti o franchigie indicati nella Scheda delle garanzie.

C) PRESTAZIONI ACCESSORIE AL RICOVERO

L'Impresa rimborsa in modo indiretto e con le modalità stabilite dall'art. 11.2, per ogni nucleo familiare coperto e per anno, entro i massimali previsti come da Scheda di garanzie, le spese per le seguenti prestazioni accessorie:

I. Spese pre-ricovero

onorari medici, visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni antecedenti il ricovero inerenti l'evento considerato.

II. Spese post-ricovero

onorari medici, visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici o da fisioterapisti, cure termali (escluse le spese alberghiere) sostenuti nei 90 giorni successivi al termine del ricovero o alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché conseguenti all'evento considerato.

III. Trasporto con ambulanza

L'Impresa rimborsa le spese di trasporto dell'Assistito in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per ricovero.

IV. Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assistito nel corso del suo viaggio e/o soggiorno, la Centrale Operativa organizzerà il trasporto della salma nel limite a carico dell'Impresa di Euro 2.000,00 per anno e per nucleo, espletando le necessarie formalità e prendendo in carico le spese necessarie ed indispensabili (trattamento post-mortem, documentazione feretro da trasporto) fino al luogo di inumazione in Italia. Sono comunque escluse dalla garanzia le spese di ricerca, funerarie e di inumazione.

D) ALTRE PRESTAZIONI ACCESSORIE AL RICOVERO

(ciascuna garanzia sarà operante solo se richiamata nella Scheda di garanzie)

Vengono rimborsate all'Assistito, fino alla concorrenza dei massimali indicati nella Scheda di polizza ed applicando gli scoperti e franchigie previste, le spese sostenute per:

I. Alta diagnostica (vedi elenco)

Vengono rimborsate all'Assistito nei limiti indicati nella Scheda di garanzie le spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie:

ESAMI DIAGNOSTICI

- Angiografia
- Flebografia
- Scintigrafia
- Risonanza Magn. Nucleare RMN
- Artografia
- Broncografia
- Mammografia
- Mielografia
- Urografia
- Tomografia Ass.le Comp.ta TAC
- Arteriografia digitale
- Broncoscopia
- Cistografia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Ecocardiografia
- Ecocardiogramma

- Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Radionefrogramma

ESAMI INVASIVI

Apparato genitale maschile

- Biopsia testicolare bilaterale
- Biopsia testicolare monolaterale

Cardiologia interventistica

- Biopsia endomiocardica destra
- Biopsia endomiocardica sinistra
- Studio elettrofisiologico endocavitario

Chirurgia della mammella

- Posizionamento punto di repere per noduli non palpabili

Chirurgia generale - collo

- Biopsia prescalenica
- Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico

Chirurgia generale - Fegato e vie biliari

- Agobiopsia/agoaspirato
- Biopsia epatica (come unico intervento)

Chirurgia generale - Pancreas- Milza

- Agobiopsia/agoaspirato pancreas
- Biopsia (come unico intervento)

Chirurgia generale - Parete addominale

- Puntura esplorativa addominale

Chirurgia generale - Peritoneo

- Laparoscopia esplorativa/diagnostica
- Lavaggio peritoneale diagnostico

Chirurgia generale - Piccoli interventi

- Agoaspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti
- Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti

Chirurgia toraco-polmonare

- Agobiopsia pleurica/puntura esplorativa
- Biopsia laterocervicale
- Biopsia sopraclaveare
- Lavaggio pleurico
- Mediastinoscopia diagnostica
- Puntato sternale o midollare
- Puntura esplorativa del polmone
- Toracoscopia
- Tracheo-broncoscopia esplorativa

Gastroenterologia

- Biopsia digiunale sotto scopia con capsula a suzione
- Esofagogastroduodenoscopia esplorativa e/o diagnostica (comprese biopsie) ed eventuale test rapido H. Pylori
- Pancolonscopia diagnostica con fibre ottiche (comprese biopsie)

- Rettosigmoidoscopia diagnostica con fibre ottiche (comprese biopsie)

Ginecologia

- Agobiopsie/agoaspirati parti anatomiche profonde
- Biopsia della portio, vulva, vagina, endometrio
- Colposcopia
- Isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsie (come unico esame)
- Puntura esplorativa del cavo del Douglas
- V.A.B.R.A. a scopo diagnostico

Neurochirurgia

- Puntura epidurale
- Puntura sottoccipitale per prelievo liquorale o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto
- Rachicentesi per qualsiasi indicazione
- Registrazione continua della pressione intracranica

Oculistica – Orbita

- Biopsia orbitaria

Ortopedia e traumatologia-Interventi cruenti

- Agoaspirato osseo
- Artroscopia diagnostica (come unico intervento)
- Biopsia articolare
- Biopsia ossea
- Puntato tibiale o iliaco

Ortopedia e traumatologia-Tendini-Muscoli-Aponevrosi-Nervi periferici

- Biopsia muscolare

Ostetricia

- Amniocentesi
- Amnioscopia
- Biopsia villi coriali
- Cordocentesi
- Fetoscopia
- Test genetici prenatali: Harmony Test e Aurora Test.

Otorinolaringoiatria-Naso e seni paranasali

- Timpanotomia esplorativa

Otorinolaringoiatria-Laringe e ipofaringe

- Biopsia in laringoscopia
- Biopsia in microlaringoscopia

Urologia-Endoscopia diagnostica

- Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento)
- Cistoscopia ed eventuale biopsia
- Cimocistoscopia e cateterismo ureterale bilaterale
- Cromocistoscopia e cateterismo ureterale monolaterale
- Cromocistoscopia per valutazione funzionale
- Ureteroscopia (omnicomprensiva)
- Uretrocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico)

Urologia-Prostata

- Agoaspirato/ago biopsia prostata

Urologia-Rene

- Agobiopsia renale percutanea

Vengono inoltre riconosciute le spese sostenute per Dialisi.

Scoperti o franchigie: come da Scheda delle garanzie

Nel caso in cui l'Assistito si rivolga al SSN, vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

II. Oncologiche

Vengono rimborsate all'Assistito nei limiti indicati nella Scheda di garanzie le spese sostenute per terapie extra-ricovero relative a malattie oncologiche e/o neoplastiche (cicli completi di radioterapia, chemioterapia, cobaltoterapia e similari).

Scoperti o franchigie: come da Scheda delle garanzie

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

III. Specialistiche

Vengono rimborsate all'Assistito nei limiti indicati nella Scheda delle garanzie le spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie specialistiche:

1. onorari dei medici per visite e prestazioni specialistiche, (escluse quelle odontoiatriche e ortodontiche)
2. analisi ed esami diagnostici (ivi compresi gli onorari medici)
3. cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi effettuati da medici specialisti o paramedici abilitati in terapia della riabilitazione il cui titolo deve essere comprovato dal documento di spesa
4. applicazioni di apparecchio gessato
5. cure dentarie rese necessarie da infortunio effettuate presso gabinetto dentistico
6. cure termali, con il riconoscimento di una diaria indennità giornaliera onnicomprensiva pari ad Euro 60. La diaria è corrisposta per ogni giorno di permanenza nella stazione termale con un massimo di 20 giorni per ogni anno assicurativo e per assistito
7. prestazioni infermieristiche effettuate da personale abilitato e specializzato
8. medicinali prescritti dal medico curante, esclusi i medicinali omeopatici e quelli a fine estetico e per igiene personale, nonché gli amari medicinali, i lassativi e i digestivi
9. cure omeopatiche: la garanzia comprende le visite mediche e gli accertamenti ambulatoriali, esclusi i medicinali

Scoperti o franchigie: come da Scheda delle garanzie.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito

IV. Cure dentarie

Vengono rimborsate all'Assistito fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda di garanzie le spese sostenute per:

- cure dentarie
- estrazioni
- protesi dentarie
- apparecchi ortodontici

Si precisa che l'implantologia, sia su osso mascellare che mandibolare resa necessaria a seguito di infortunio ed effettuata da medico chirurgo, viene considerata intervento chirurgico a tutti gli effetti, se invece viene effettuata per altra causa, rientra nella presente garanzia: "Cure Dentarie rese necessarie a seguito di malattia" e vengono il massimale e la franchigia previsti.

Scoperti o franchigie: come da Scheda delle garanzie.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito

V. Lenti

Vengono rimborsate all'Assistito fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda delle garanzie, nel caso di modifica del visus, le spese sostenute per l'acquisto di lenti correttive di vizi della vista accertati da un ottico/optometrista (escluse le montature) nonché di protesi sostitutive oculari.

Scoperti o franchigie: come da Scheda delle garanzie.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito

VI. Protesi

Vene rimborsato all'Assistito fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda di garanzie, il costo sostenuto nel caso di acquisto o noleggio di protesi ortopediche ed acustiche, tutori e similari, carrozzelle ortopediche nonché il noleggio di apparecchiature per emodialisi.

Scoperti o franchigie: come da Scheda delle garanzie.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito

ART. 6 – SECONDO RISCHIO FASI/FASDAC (se richiamato nella Scheda di garanzie)

Qualora l'Assistito abbia presentato a terzi (FASI, FASDAC, ecc.) l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, viene effettuato il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Conseguentemente il rimborso diretto in Network non può essere applicato.

Se detti Enti (FASI, FASDAC, ecc.) non provvederanno ad alcun rimborso, le spese sostenute saranno liquidate applicando gli scoperti previsti nella Scheda delle garanzie.

ART. 7 – PERSONE ASSISTIBILI

Nel presente contratto sono assistiti i dipendenti dell'Azienda Associata indicata nel frontespizio e specificamente previste ed indicate nel presente contratto. L'adesione dei Nuclei Familiari se prevista, deve essere totale e contemporanea con l'adesione del Dipendente.

Si intende per Nucleo familiare: l'Assistito/Dipendente, il coniuge o il convivente risultante dallo stato di famiglia e i figli purché anch'essi risultanti dallo stato di famiglia dell'Assistito/Dipendente; s'intendono compresi anche i figli non conviventi ma fiscalmente a carico.

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza del contratto è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite. Per i familiari la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata prima della fine dell'annualità della copertura; in caso contrario decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta la comunicazione.

I neonati sono assicurati dal momento della nascita per le identiche garanzie e per le medesime somme previste per gli altri aderenti al nucleo familiare, con decorrenza immediata, sempreché vengano inclusi in garanzia prima della fine dell'annualità della copertura. Resta inteso che per i neonati la garanzia s'intende inoltre estesa alla cure e agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici.

Nel caso di nuove assunzioni, la garanzia per il dipendente decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata all'Impresa entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione all'Impresa.

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte di un figlio, la garanzia cesserà dal momento di

accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata all'Impresa. Nel caso di acquisizione, in corso di copertura, del requisito del carico fiscale da parte di un figlio, la garanzia per questi decorre dal giorno della variazione del carico fiscale, sempreché questa venga comunicata all'Impresa entro 30 giorni. Qualora la variazione del carico fiscale venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione all'Impresa.

Le prestazioni cessano:

- per l'Assistito e i relativi familiari, con la cessazione dalla carica.;

La regolazione del contratto verrà fatta annualmente.

ART. 8 – PERSONE NON ASSISTIBILI

Non sono assistibili le persone affette, al momento della stipulazione del contratto, da alcolismo, AIDS, tossicodipendenza. Resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assistenza stessa cessa contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assistito – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo dell'Impresa di corrispondere l'indennizzo.

In caso di cessazione dell'assistenza in corso, l'Impresa rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di contributo, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assistenza per il quale è stato corrisposto il contributo stesso.

Non sono assistibili le persone che al momento della stipula del contratto abbiano compiuto il 75° anno di età, fermo restando che il contratto rimarrà in vigore per i soggetti già assistiti al momento del raggiungimento dell'età limite.

ART. 9 – RISCHI ESCLUSI DALLE PRESTAZIONI

Le prestazioni contrattuali non comprendono:

- a) le spese relative a controlli di routine e/o check up;
- b) le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi, anteriori alla stipulazione della polizza, sottaciuti con dolo all'atto della stipula dell'assicurazione. La presente esclusione non è operante relativamente ai neonati ed agli assicurati precedentemente garantiti da polizza sanitaria sottoscritta con altri assicuratori, da questi ultimi non disdetta per sinistro, senza soluzione di continuità con l'efficacia del presente contratto.
- c) le malattie e gli infortuni e le loro conseguenze dovuti a tentato suicidio e autolesionismo, forme maniaco depressive, ivi compresi i comportamenti nevrotici atti dolosi commessi o tentati, abuso di alcolici e psicofarmaci, droghe, allucinogeni e stupefacenti;
- d) le conseguenze dirette od indirette di trasformazioni energetiche dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.) salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi del presente contratto;
- e) le conseguenze di guerra, insurrezioni ed operazioni militari;
- f) gli infortuni subiti in seguito alla partecipazione dell'Assistito alla pratica di sports aerei e motoristici in genere, escluse le gare di regolarità;
- g) gli stati patologici correlati all'infezione di HIV;
- h) le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio, malattia o da interventi demolitivi;
- i) la fecondazione artificiale in tutte le sue forme;
- j) le spese sostenute per aborto volontario e le conseguenze che ne possono derivare;
- k) le spese sostenute per ricovero presso strutture non autorizzate o gli onorari di medici non autorizzati ad esercitare;
- l) i trattamenti psicoterapici a meno che a seguito di infortunio;

- m) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- n) il servizio militare e/o sostitutivo dello stesso ed il richiamo in servizio temporaneo;
- o) la copertura assicurativa non comprende la chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri a meno che vengano effettuati:
 - 1. in caso di anisometropia superiore a tre diottrie;
 - 2. in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio;Gli interventi di cui al punto 2. Devono essere effettuati unicamente in strutture convenzionate.

ART. 10 – TERMINI DI ASPETTATIVA (CARENZE)

La garanzia decorre dall'effetto di polizza.

In caso di inserimenti successivi le garanzie decorrono dopo:

- a) 30 giorni in caso di spese sostenute conseguentemente a malattia.
- b) 300 giorni in caso di spese conseguenti a gravidanza e parto.

ART. 11 – DENUNCIA DELL'EVENTO DANNOSO – MODALITÀ DI PAGAMENTO – OBBLIGHI DELL'ASSISTITO

Le spese garantite nel programma assistenziale vengono rimborsate, nel limite dei massimali annui pattuiti per persona, con le modalità, i limiti ed i criteri qui di seguito elencati per ogni sinistro.

L'assistito potrà verificare sul sito dell'Impresa (www.nobis.it - sezione Salute) l'elenco delle Strutture Sanitarie Convenzionate e gli eventuali aggiornamenti. Sul sito medesimo l'assistito potrà trovare anche l'elenco sempre aggiornato dei Medici convenzionati.

Attenzione: l'elenco delle Case di Cura è da ritenersi puramente indicativo in quanto soggetto ad aggiornamenti. È necessario pertanto contattare sempre la Centrale Operativa per conoscere in tempo reale lo stato dei convenzionamenti e per usufruire del servizio prenotazioni.

11.1 Prestazioni mediche effettuate presso Strutture in Network

Per usufruire delle prestazioni mediche di un centro convenzionato, l'Assistito deve:

- Contattare preventivamente la Centrale Operativa tramite i seguenti numeri telefonici:

Dall'Italia il n. verde -
Dall'Italia il numero -
Dall'estero il numero - +39-

comunicando con estrema precisione:

- nome e cognome, numero di contratto, indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico;
- leggere e inviare via fax (039.6057533 dall'Italia, +39-039.6057533 dall'estero) la prescrizione medica del ricovero per poter concordare la Struttura Sanitaria e la Equipe medico chirurgica convenzionate più consone al caso.
- All'atto del ricorso alla Struttura Sanitaria Convenzionata, sottoscrivere lo specifico modello di "Richiesta prestazione" trasmesso dall'Impresa all'Ente Convenzionato.

Ad avvenuto ricovero, l'Impresa paga direttamente, senza applicazione di alcun scoperto, le spese sostenute per le prestazioni mediche ricevute che sono garantite a termine contrattuali. L'Assistito dovrà provvedere direttamente al pagamento delle spese o delle eccedenze di spese sostenute per le prestazioni ricevute che non sono garantite a termini di garanzie.

Relativamente alle spese sostenute pre-post ricovero, l'Assistito, anche usufruendo di Enti Convenzionati e/o Medici convenzionati, provvederà direttamente al pagamento delle spese effettuate ed il rimborso delle stesse avverrà in modo indiretto, con le modalità previste al successivo punto 11.2. L'Assistito si impegna a restituire all'Impresa gli importi dalla stessa liquidati per prestazioni che, dall'esame della cartella clinica o da altra documentazione medica, risultino non indennizzabili.

11.2 Prestazioni mediche effettuate presso Strutture Sanitarie fuori Network

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute l'Assistito deve:

- Denunciare il sinistro alla Centrale Operativa entro trenta giorni dall'avvenuto ricovero o dall'effettuazione di prestazioni extra ricovero rientranti nelle garanzie previste all'art. 5, con certificato medico da cui risulti la diagnosi circostanziata.
- Provvedere ad inviare alla Sede della Centrale Operativa dell'Impresa, in caso di ricovero, Day Surgery o Day Hospital la copia autentica e completa della Cartella Clinica. In caso di prestazione extra ricovero, i certificati medici di prescrizione.
- Consegnare all'Impresa gli originali di parcelle, notule, distinte, ricevute e fatture, sulle quali siano indicati nome, cognome, e domicilio della persona che si è sottoposta alle cure e che risultino pagate e quietanzate.
- Acconsentire ad eventuali controlli medici disposti dall'Impresa e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine, dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante viene effettuato a cura ultimata, secondo i massimali e i limiti previsti dalla Scheda di garanzie.

Per i sinistri avvenuti all'estero, nei paesi con uso di valuta diversa dall'Euro, i rimborsi verranno effettuati in Italia, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi.

11.3 Prestazioni mediche effettuate presso una Struttura parzialmente convenzionata (Struttura in Network, Equipe Chirurgica non convenzionata)

Qualora l'Assistito, previa autorizzazione della centrale Operativa, utilizzi uno o più chirurghi, medici e paramedici o un'intera equipe chirurgica non convenzionati per effettuare un intervento chirurgico presso una Struttura facente parte del Network, il rimborso delle spese avverrà come segue:

- l'Assistito sostiene le spese relative agli operatori medici e paramedici non convenzionati, compresa la loro assistenza medica durante il ricovero, dopodiché l'Impresa effettua il rimborso secondo le modalità ed i criteri previsti al precedente punto 11.2;
- le spese per le prestazioni sanitarie fornite dalla Struttura in Network verranno liquidate secondo le modalità e i criteri previsti al precedente punto 11.1.

ART. 12 – OGGETTO DELL'ASSISTENZA

L'Impresa mette ad immediata disposizione dell'Assistito, mediante l'utilizzo della propria Centrale Operativa, le prestazioni erogate, nel caso in cui lo stesso Assistito ne faccia richiesta a termini di contratto, a seguito di un evento contemplato dalla stessa ed entro i limiti convenuti.

Per usufruire delle prestazioni previste, l'Assistito o chi per esso, deve contattare preventivamente la Centrale Operativa tramite i seguenti numeri telefonici:

Dall'Italia il n. verde -
Dall'Italia il numero -
Dall'estero il numero - +39-

Comunicando con estrema precisione:

- il tipo di assistenza di cui si necessita;
- gli estremi della sua identificazione, nome e cognome, numero di contratto;
- indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico

ART. 13 – PRESTAZIONI DI ASSISTENZA (Standard)

13.1 – Consulti medici (Italia - estero)

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario.

13.2 – Invio medico (Italia)

La Centrale Operativa mette a disposizione, tutti i giorni dalle ore 20.00 alle ore 08.00 successive e 24 ore su 24 al sabato e 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 e a seguito di una prima valutazione telefonica con il medico di guardia interno, la Centrale Operativa invierà il medico richiesto; il costo dell'intervento è a carico della Società di gestione.

In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza il trasferimento in autoambulanza del paziente in un pronto soccorso; il costo di tale intervento è a carico della Società di gestione. La prestazione è fornita 3 volte l'anno.

13.3 – Trasporto in autoambulanza (Italia)

La Centrale Operativa qualora l'Assistito necessiti di un trasporto in autoambulanza, organizza il trasferimento inviando direttamente l'autoambulanza.

Le spese di trasporto sono a carico della Società di gestione sino ad un massimo di 200 km. di percorso complessivo (andata/ritorno).

13.4 – Consegna farmaci a domicilio (Italia)

La Centrale Operativa garantisce, 24 ore su 24 la ricerca e consegna dei farmaci.

Se il medicinale necessita di ricetta, il personale incaricato passa prima al domicilio dell'Assistito e quindi in farmacia.

Resta a carico dell'Assistito il solo costo del farmaco. La prestazione è fornita 3 volte l'anno.

13.5 – Rete sanitaria (Italia)

La banca dati della rete delle strutture sanitarie in rapporto di convenzione con la Centrale Operativa in tutta Italia, è a disposizione dell'assistito 24 ore su 24, 365 giorni all'anno per ogni tipo di informazione sanitaria:

- singole strutture convenzionate e loro ubicazione;
- prestazioni specialistiche;
- nominativo dei singoli medici;
- esami diagnostici;
- ricoveri;
- onorari e tariffe convenzionate.

13.6 – Gestione dell'Appuntamento (Italia)

Qualora l'Assistito necessiti di una prestazione medica specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e, 24 ore su 24, richiedere alla Centrale Operativa un appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato e lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assistito, la Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento a nome dell'Assistito.

In virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa, l'Assistito usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

13.7 – Assistenza infermieristica (Italia)

Qualora a seguito di ricovero per infortunio o malattia, l'Assistito necessiti di assistenza infermieristica domiciliare, la Centrale Operativa metterà a disposizione personale infermieristico tenendo a carico il costo per un massimo di € 50,00 al giorno e fino a 3 giorni consecutivi.

13.8 – Trasporto sanitario (estero)

Il Servizio Medico della Centrale Operativa in seguito a infortunio o malattia improvvisa dell'Assistito occorsi all'estero, che comportino infermità o lesioni non curabili in loco o che impediscano la continuazione del viaggio e/o soggiorno, dopo eventuale consulto con il medico locale e, se necessario/possibile quello di famiglia, ne organizzerà il trasporto sanitario. In base alla gravità del caso, l'Assistito sarà trasportato nell'Istituto di cura più idoneo al suo stato di salute ovvero ricondotto alla sua residenza.

Ad insindacabile giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa, il trasporto sanitario potrà essere organizzato con i seguenti mezzi:

- aereo sanitario
- aereo di linea
- vagone letto
- cuccetta di 1° classe
- autoambulanza
- altri mezzi ritenuti idonei.

Qualora le condizioni lo rendessero necessario, il trasporto sarà effettuato con l'accompagnamento di personale medico e/o paramedico della Centrale Operativa.

Il trasporto sanitario da paesi extra-europei, esclusi quelli del bacino del Mediterraneo, sarà effettuato esclusivamente con aereo di linea.

Tutti i costi di organizzazione e trasporto, compresi gli onorari del personale medico e/o paramedico inviato sul posto, sono a carico della Società di gestione.

13.9 – Trasporto della salma (estero)

In caso di decesso all'estero dell'assistito, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il trasporto delle spoglie nel posto di inumazione del corpo in Italia, dopo aver adempiuto a tutte le formalità sul luogo. Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia, rimanendo a carico dei familiari le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

L'Impresa tiene a proprio carico le relative spese nel limite di € 2.500,00 per evento dannoso.

Se le disposizioni di legge del luogo impediscono il trasporto della salma in Italia o l'Assistito ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa provvede in tal senso mettendo a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto di andata e ritorno in aereo (classe turistica) o in treno (1 classe) per presenziare alle esequie. Il costo del biglietto è a carico della Società di gestione.

Sono comunque escluse dalla garanzia le spese di ricerca e l'eventuale recupero della salma.

13.10 – Viaggio di un familiare (estero)

Se l'Assistito si trova all'estero e viene ricoverato d'urgenza a seguito di malattia o infortunio e i medici ritengono che non sia trasferibile prima di n. 5 giorni, la Centrale Operativa organizza e prende in carico il viaggio andata e ritorno (aereo classe turistica o treno 1 classe) per un familiare residente in Italia, per recarsi presso l'Assistito ricoverato.

La Centrale Operativa terrà inoltre a proprio carico le spese di pernottamento del familiare fino ad un ammontare di € 150,00 al giorno e per un massimo di 3 giorni.

13.11 – Interprete a disposizione (estero)

Se l'Assistito viene ricoverato all'estero a seguito di infortunio o malattia e ha difficoltà a comunicare in lingua locale, la Centrale Operativa provvede ad inviare un interprete tenendo a proprio carico il costo della prestazione fino ad un massimo di € 250,00.

ART. 14 - GESTIONE DEI RAPPORTI ASSICURATIVI VIA WEB

Il contraente e l'assistito, in presenza dei requisiti previsti dalla vigente normativa, potranno richiedere le credenziali per l'accesso alla propria area riservata web selezionando nella home page del sito dell'Impresa www.nobis.it la voce "Richiedi le tue credenziali" e compilando i dati presenti nell'apposita pagina.

Accertata l'esattezza dei dati inseriti, l'Impresa invia una e-mail all'indirizzo registrato con la login ed una password provvisoria, che dovrà essere sostituita da parte dell'utente al primo nuovo accesso e ogni 6 mesi successivi.

L'accesso all'area riservata dà diritto alla consultazione della propria posizione assicurativa relativamente a:

- a) le coperture assicurative in essere;
- b) le condizioni contrattuali sottoscritte;
- c) lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.

In caso di difficoltà di accesso è possibile ottenere assistenza contattando 24 ore su 24 il Call Center dell'Impresa al numero +39.039.65546470.