

Contratto di Assicurazione contro la Malattia Rimborso spese mediche

Fascicolo Informativo

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

_ Nota Informativa comprensiva del Glossario;

_ Condizioni di assicurazione;

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Nota Informativa al Contraente

Nota Informativa Ed. 30/05/2017 Rimborso Spese Sanitarie

Nota Informativa al Contraente

Contratto di Assicurazione “Rimborso Spese Sanitarie”

A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni Generali

Denominazione sociale e forma giuridica dell'Impresa assicuratrice:

Allianz S.p.A., Società con un unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE – Monaco (Germania)

Sede legale

Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste (Italia).

Recapito Telefonico: 800.68.68.68; Sito Internet: www.allianz.it;

Indirizzo di posta elettronica: info@allianz.it; allianz.spa@pec.allianz.it.

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

La Società è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 dicembre 2005 n. 2398 ed iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00152 e all'Albo Gruppi Assicurativi n. 018.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni patrimoniali sull'Impresa sono reperibili all'interno della Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria, disponibile sul sito internet: www.allianz.it.

Si precisa, inoltre, che gli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet: www.allianz.it.

B. Informazioni sul Contratto

Rinnovo del Contratto (vedi condizioni generali di assicurazione)

AVVERTENZA: ad eccezione delle ipotesi in cui sia stata inserita in polizza apposita clausola derogatoria, il contratto, in assenza di disdetta inviata da una delle Parti a mezzo lettera raccomandata, almeno 60 giorni prima della scadenza si rinnova tacitamente alla sua naturale scadenza. Nel caso in cui sia inoltrata regolare disdetta si ricorda che la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'Art. 1901 c.c., secondo comma. Per maggior dettaglio si rinvia all'Articolo "Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed Esclusioni

Si rinvia per la disciplina specifica agli Articoli delle Norme relative all'assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie

4. Periodi di carenza contrattuale e Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio

Termini di aspettativa e decorrenza delle coperture assicurative offerte

Si rinvia per la disciplina specifica agli Articoli delle Norme relative all'assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie

AVVERTENZA: nel contratto, sono previsti termini di aspettativa della decorrenza delle garanzie prestate. Per maggior dettaglio si rinvia all'Articolo "Assistiti e Operatività", presente nelle Norme relative all' Assicurazione per il Rimborso Spese Sanitarie

Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario Sanitario

AVVERTENZA: si rammenta la necessità di rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande poste dal Questionario Sanitario, qualora previsto

AVVERTENZA: Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Articoli 1892, 1893 e 1894 c.c., come disciplinato nell'Articolo "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle Condizioni Generali di Assicurazione cui si rinvia per maggior dettaglio.

5. Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art. 2952 c.c. i diritti derivanti dal contratto dei soggetti nel cui interesse è stipulato il contratto stesso si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

6. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana; le Parti hanno comunque la facoltà, prima della conclusione del contratto stesso, di scegliere una legislazione diversa.

La Società propone di scegliere la legislazione italiana.

Resta comunque ferma l'applicazione di norme imperative del diritto italiano.

7. Regime Fiscale

Trattamento Fiscale applicabile al contratto

Al contratto sono applicate le seguenti aliquote di imposta:

- l'aliquota fiscale applicata è pari al 2.50% calcolata sull'ammontare del premio imponibile.

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

8. Sinistri – liquidazione dell'indennizzo

Modalità e termini per la denuncia

AVVERTENZA: Il contratto prevede obblighi relativi a modalità e termini per la denuncia dei sinistri ed eventuali spese per la ricerca e stima del danno. Si rinvia per gli aspetti di dettaglio delle procedure liquidative alla disciplina specifica degli Articoli di cui alle Norme relative all'assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie:

9.Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Contraente - per iscritto (posta ed e.mail) - a Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti - Corso Italia n. 23, 20122 Milano - Indirizzo e-mail: reclami@allianz.it o tramite il link presente sul sito internet della Compagnia www.allianz.it/reclami.

Al reclamo, che verrà riportato in apposito registro elettronico, sarà dato riscontro nel termine massimo di 45 giorni dal ricevimento.

Qualora il Contraente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo stabilito dal Regolatore, potrà rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133.206 - PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro.

Resta salva comunque per il Contraente che ha presentato reclamo la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Prima di adire l'Autorità Giudiziaria è tuttavia possibile, e in alcuni casi necessario, cercare un accordo amichevole mediante sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali: Mediazione (L. 9/8/2013, n.98): può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it.

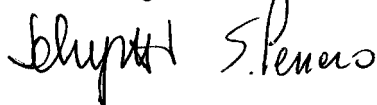
Nota Informativa al Contraente

Nota Informativa Ed. 30/05/2017 Rimborso Spese Sanitarie

Allianz SpA è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa

Allianz S.p.A.

Loirella Sdrigotti Simone Lazzaro



Polizza Rimborso Spese Sanitarie N. 50372492

Contraente *CASPIE*

Indirizzo: Via Ostiense 131L

C.A.P.: 00154

Città: Roma

Provincia: RM

Codice fiscale o Partita IVA: 97288610583

Azienda *FONDO MUTUA SALUS SMS SEZIONE CRAMAS*
Convenzionata/
Socia

Indirizzo: Via Castelfidardo 50

C.A.P.: 00185

Città: Roma

Provincia: RM

Codice fiscale o Partita IVA: -----

Condizioni di Assicurazione

Sommario

-
- 1** **Definizioni**

 - 2** **Condizioni generali di assicurazione**

 - 3** **Norme relative all'assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie**

 - 4** **Modalità di pagamento**

1 Definizioni

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

- **Società:** l'impresa assicuratrice;
- **Contraente: CASPIE;**
- **Assicurato:** l'associato dell'Azienda Convenzionata/Socia di Caspie, il cui interesse è protetto dall'assicurazione e denominato Assistito nel Disciplinare allegato che forma parte integrante della presente Polizza;
- **Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- **Indennizzo o indennità:** la somma dovuta dalla Società in caso di danno conseguente ad un sinistro;
- **Struttura sanitaria:** ogni Casa di cura, Istituto, Azienda ospedaliera, regolarmente autorizzata all'erogazione dall'assistenza sanitaria ospedaliera. 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 Casa di cura, Istituto, Azienda ospedaliera - come sopra definita - rientrante nel servizio convenzionato Caspie;
- **Équipe operatoria:** il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento;
- **Équipe operatoria convenzionata:** ogni équipe operatoria - come sopra definita - rientrante nel servizio convenzionato Caspie;
- **Ricovero:** la degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria;
- **Day hospital / Day surgery:** il ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisce in giornata a seguito di terapie mediche (Day hospital) o prestazioni chirurgiche (Day surgery);
- **Intervento chirurgico:** l'atto terapeutico realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature;
- **Intramuraria (Intramoenia):** l'attività libero-professionale dei Medici dipendenti di un Ente Pubblico (Azienda ospedaliera o Istituto universitario) che hanno optato per il rapporto esclusivo con l'Ente stesso, svolta indifferentemente nell'ambito dell'Ente stesso o in Strutture con l'Ente convenzionate;
- **Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
- **Infortunio:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;
- **Nucleo familiare:** L'intero nucleo familiare così come definito dall'art. 2 "Assistiti ed operatività del Disciplinare" del disciplinare di riferimento;

2 Condizioni generali di assicurazione

Art. 2.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente, dell'Azienda Socia e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2.2 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati dal Contraente alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 2.3 - Modifiche dell'assicurazione – Variazioni delle persone assicurate

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Il Contraente dovrà comunicare alla Società - a mezzo raccomandata, telefax o supporto magnetico - tutte le variazioni che dovessero intervenire nel numero e nelle generalità delle persone assicurate durante il corso dell'anno.

Alla fine di ogni anno, si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in via definitiva alla Società - calcolato sulla base delle inclusioni avvenute - mediante emissione da parte della Società di apposite appendici di regolazione. Appendici, che il Contraente si impegna a pagare entro trenta giorni dalla data di ricevimento delle stesse e, precisamente:

- se l'inclusione è avvenuta nel primo semestre dell'anno, verrà computato l'intero premio annuo;
- se l'inclusione è avvenuta nel secondo semestre dell'anno, verrà computato il 60% del premio annuo (fatto salvo quanto già in essere nei contratti attivi tra Contraente e Azienda Socia)

Fatte salve eventuali eccezioni condivise tra Società, Contraente ed Azienda Socia, eventuali esclusioni in corso d'anno non daranno luogo a rimborso del premio che si considera pertanto acquisito dalla Società. La garanzia cesserà di avere effetto, al termine dell'annualità nel quale è avvenuta l'esclusione.

L'esclusione - a qualsiasi titolo - della persona iscritta nei libri contabili dell'Azienda Socia dal presente contratto, determina automaticamente l'estromissione anche del relativo nucleo familiare; in tali casi, la copertura prestata s'intende disdettata alla prima scadenza annuale utile.

Art. 2.4 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta spedita da una delle Parti mediante lettera raccomandata almeno sessanta giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 2.5 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 2.6 – Controversie

Nel caso di controversia promossa nei confronti del Contraente da un assicurato/assistito per il quale la Società abbia ritenuto non dovuto il rimborso in base alle condizioni delle garanzie prestate dal disciplinare di riferimento, su richiesta del Contraente, la Società si impegna ad assumere la gestione della lite, in sede sia stragiudiziale che giudiziale, sostenendone tutti gli oneri (legali, processuali in senso lato e stretto, nonché gli accertamenti medico/diagnostici e CTU o CTP di natura medica) e tenendo a proprio carico il rimborso, oltre a spese, competenze e quant'altro dovuto per sentenza, ove all'esito della controversia risultasse dovuto.

3 Norme relative all'assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie

Le norme relative all'assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie, sono quelle indicate nel Disciplinare n. 02-197-2014 che forma parte integrante della presente Polizza e di seguito integralmente riportato.

DISCIPLINARE N.02-197-2014

ART. 1 - ASPETTI GENERALI

La Cassa di Assistenza Sociale e Sanitaria (in seguito denominata CASPIE) si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente Disciplinare, ad erogare all'Associato (in seguito denominato Assistito) dell'Ente sottoscrittore del presente documento ed ai rispettivi familiari di cui al successivo art. 2, contributi economici nei casi di malattia, infortunio e parto, secondo le norme appresso indicate.

ART. 2 - ASSISTITI E OPERATIVITÀ DEL DISCIPLINARE

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo articolo 5, è prestata a favore dell'Assistito e si estende al coniuge ed ai figli, ivi compreso il convivente more-uxorio e relativi figli purchè risultanti dallo stato di famiglia; sono comunque compresi i figli non conviventi purchè fiscalmente a carico (tutti i familiari vengono in seguito denominati Assistiti).

L'ASSISTENZA E' OPERANTE

- senza limitazioni territoriali;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assistito/i;
- fino al compimento dell'80° anno di età dell'Assistito e/o degli Assistiti. L'assistenza è comunque operante fino al termine dell'anno assistenziale nel quale l'Assistito e/o gli Assistiti hanno compiuto gli 80 anni;
- per coloro che abbiano compiuto il 75° anno di età è fatto obbligo di compilare ed inviare alla CASPIE, entro il 31/12 dell'anno in cui hanno compiuto i 75 anni, apposito questionario anamnestico. Il questionario anamnestico dovrà essere aggiornato annualmente e ripresentato alla CASPIE entro l'ultimo mese di ogni anno assistenziale. Il diritto alle prestazioni – pur mantenendo la decorrenza retroattiva al primo gennaio di ogni anno assistenziale (01/02/2015 per il primo anno) – è subordinato all'accettazione in assistenza ovvero al mantenimento della stessa da parte della CASPIE (con eventuali limitazioni). L'accettazione, valutata ad insindacabile giudizio della CASPIE, avverrà a mezzo di comunicazione scritta. Ove venissero successivamente accertate omissioni o dichiarazioni non veritiere, queste renderebbero inattivabile il ricorso alle prestazioni della CASPIE e comporterebbero l'esclusione da ogni diritto al rimborso dei contributi nel frattempo versati. Negli eventuali casi di non assistibilità o di assistibilità con limitazioni, si provvederà – in caso di non accettazione da parte dell'Assistito e/o degli Assistiti - alla restituzione del contributo versato.
- per i nuovi inserimenti in assistenza, il diritto alle prestazioni - pur mantenendo la decorrenza retroattiva al primo gennaio di ogni anno assistenziale (01/02/2014 per la prima annualità) - è subordinato all'accettazione da parte della CASPIE, previo esame del questionario sanitario compilato per ogni richiedente, da allegare al modulo di adesione. L'accettazione, valutata ad insindacabile giudizio della CASPIE (con eventuali limitazioni), avverrà a mezzo di comunicazione scritta. Ove venissero successivamente accertate omissioni o dichiarazioni non veritiere, queste renderebbero inattivabile il ricorso alle prestazioni della CASPIE e

comporterebbero l'esclusione da ogni diritto al rimborso dei contributi nel frattempo versati. Negli eventuali casi di non assistibilità o di assistibilità con limitazioni, si provvederà – in caso di non accettazione da parte dell'Assistito e/o degli Assistiti - alla restituzione del contributo versato.

- la mancata presentazione del questionario anamnestico, nei termini sopra indicati, comporterà la cessazione dell'assistenza al 31/12 dell'anno assistenziale in corso e la restituzione dell'eventuale contributo versato per l'annualità successiva.

Fatta eccezione per l'Assistito e gli Assistiti che aderiscono al presente Disciplinare senza soluzione di continuità da precedente copertura assistenziale firmata dal Fondo, l'intervento della CASPIE, è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni (01/02/2015) di:

- 60 giorni per le malattie in ogni caso e per le malattie dipendenti da gravidanza e aborto;
- 180 giorni per la cura delle malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni;
- 300 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da puerperio.

ART. 3 - LIMITI DI ASSISTENZA

Le prestazioni di cui al presente disciplinare sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € 150.000,00 fermo restando quanto eventualmente previsto alle prestazioni di cui al successivo art. 5, ove per limite di assistenza per nucleo familiare assistito si intende la disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assistito per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale.

Nel caso in cui gli Assistiti vengano inclusi nell'assistenza in data successiva (ad esempio: matrimonio, nuovi nati ecc.) opera il limite assistenziale annuo previsto per il nucleo.

ART. 4- PRESTAZIONI

A - PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA

La CASPIE rimborsa:

- 1) In caso di intervento chirurgico in istituto di cura o in regime di Day Hospital:
 - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (comprese endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'assistito infermo);
 - le prestazioni mediche ed infermieristiche, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, i trattamenti fisioterapici e rieducativi e gli esami post intervento durante il ricovero;
 - rette di degenza (non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie);
 - accertamenti diagnostici, visite specialistiche ed esami effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 gg. precedenti il ricovero; esami, accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 100 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
 - nel caso di trapianto si intendono ricomprese le spese sostenute a fronte di espianto da donatore, comprese le spese per il trasporto dell'organo. Durante il pre ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto;
 - vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite giornaliero di € 50,00 con un massimo di 30 gg. per ricovero;

- assistenza infermieristica privata individuale entro il limite di € 50,00 giornalieri e per un massimo di 30 gg. per ricovero.

In caso di Day Hospital l'assistenza non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli accertamenti strumentali effettuati ai soli fini diagnostici.

La CASPIE, dedotto lo scoperto previsto, non rimborserà somma maggiore di € 1.033,00 per singolo occhio per gli interventi chirurgici (anche ambulatoriali) finalizzati alla correzione della miopia mediante laser ad eccimeri, PRK e/o LASIK.

2) In caso di ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico:

- le prestazioni mediche ed infermieristiche, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza (non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie);
- accertamenti diagnostici, visite specialistiche ed esami effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 gg. precedenti il ricovero; esami, accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche effettuate nei 100 gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite giornaliero di € 50,00 con un massimo di 30 gg. per ricovero;
- assistenza infermieristica privata individuale entro il limite di € 50,00 giornalieri e per un massimo di 30 gg. per ricovero.

In caso di Day Hospital l'assistenza non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli accertamenti strumentali effettuati ai soli fini diagnostici.

3) In caso di parto cesareo:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante al parto (risultante dal referto operatorio); i diritti di sala parto ed il materiale di intervento;
- le prestazioni mediche ed infermieristiche, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, i trattamenti fisioterapici e rieducativi e gli esami post intervento durante il ricovero;
- rette di degenza (non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie);
- esami, accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 100 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite giornaliero di € 50,00 con un massimo di 30 gg. per ricovero. La CASPIE, dedotto lo scoperto previsto, non rimborserà somma maggiore di € 10.000,00 anno/nucleo.

4) In caso di parto fisiologico e aborto terapeutico o spontaneo:

- le prestazioni mediche ed infermieristiche, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza (non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie);
- due visite mediche di controllo effettuate nei 100 gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

La CASPIE, dedotto lo scoperto previsto, non rimborserà somma maggiore di € 2.066,00 anno/nucleo.

- 5) In caso di intervento chirurgico in regime ambulatoriale:
- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (comprese endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'assistito infermo);
 - le prestazioni mediche ed infermieristiche, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali e gli esami post intervento durante il ricovero;
 - accertamenti diagnostici, visite specialistiche ed esami effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 gg. precedenti il ricovero; esami, accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche, effettuate nei 100 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico.
- 6) La CASPIE rimborsa inoltre, le spese sostenute a fronte di:
- trasporto dell'assistito infermo all'istituto di cura, trasferimento da un istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con ambulanza, unità coronarica mobile e con aereo sanitario con il limite di € 2.600,00 per ricovero.

B - SCOPERTO

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A prevede:

- **Ricoveri effettuati in convenzione diretta con la CASPIE (sia struttura sanitaria che équipe medica) ivi comprese tutte le prestazioni riconducibili al ricovero stesso**
lett. A punti 1), 2), 3), 4), 5) e 6): applicazione di uno scoperto di € 2.000,00 per ricovero.
- **ricoveri effettuati non in convenzione diretta con la CASPIE - ivi comprese tutte le prestazioni riconducibili al ricovero stesso**
lett. A punti 1), 2), 3), 4), 5) e 6): applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di € 3.500,00 ed un massimo di € 4.500,00 per ricovero.

C - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Se tutte le spese di cui alla precedente lett. A (relative al solo periodo del ricovero) sono state a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la CASPIE corrisponde un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

L'indennità sarà pari ad € 103,00 e verrà erogata per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) per assistito infermo, fino ad un massimo di 70 gg. per anno/persona.

In concomitanza di ricovero in struttura ospedaliera a carico del S.S.N. e nel caso in cui siano state sostenute anche delle spese da parte dell'assistito infermo, la CASPIE rimborsa il maggiore importo risultante tra il conteggio della diaria giornaliera ed il rimborso delle altre spese sostenute come dalle prestazioni alla precedente lett. A.

D - PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI

La CASPIE rimborsa, entro il limite assistenziale di € 5.000,00 anno/nucleo "prestazioni di alta specializzazione".

PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

- ACCERTAMENTI ENDOSCOPICI

- ANGIOGRAFIA
- ARTROGRAFIA
- BRONCOGRAFIA
- CHEMIOTERAPIA
- CISTERNOGRAFIA
- CISTOGRAFIA
- CISTOURETROGRAFIA
- CLISMA OPACO
- COBALTOTERAPIA
- COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA
- COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA (PTC)
- COLANGIOGRAFIA TRANS KEHR
- COLECISTOGRAFIA
- DACRIOCISTOGRAFIA
- DEFECOGRAFIA
- DIAGNOSTICA RADIOLOGICA
- DIALISI
- DOPPLER
- ECOCARDIOGRAFIA
- ECOGRAFIA
- ELETTROMIOGRAFIA
- ELETTROENCEFALOGRAMMA
- FISTOLOGRAFIA
- FLEBOGRAFIA
- FLUORANGIOGRAFIA
- GALACTOGRAFIA
- ISTEROSALPINGOGRAFIA
- LASERTERAPIA A SCOPO FISIOTERAPICO
- LINFOGRAFIA
- MAMMOGRAFIA O MAMMOGRAFIA DIGITALE
- MIELOGRAFIA
- PET
- RADIOTERAPIA
- RETINOGRAFIA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN) (INCLUSA ANGIO RMN)
- RX ESOFAGO CON MEZZO DI CONTRASTO
- RX STOMACO E DUODENO CON MEZZO DI CONTRASTO
- RX TENUE E COLON CON MEZZO DI CONTRASTO
- SCIALOGRAFIA
- SCINTIGRAFIA
- SPLENOPORTOGRAFIA
- TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC) (ANCHE VIRTUALE)
- UROGRAFIA
- VESCICULODEFERENTOGRAFIA
- VIDEOANGIOGRAFIA
- WIRSUNGGRAFIA

Le prestazioni sopra elencate vengono accordate con uno scoperto di € 55,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia se effettuate in convenzione diretta con la CASPIE, e con uno scoperto del 25% con il minimo di € 55,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia se effettuate non in convenzione diretta con la CASPIE.

I tickets relativi alle prestazioni di cui sopra vengono rimborsati senza applicazione di alcuno scoperto.

E - CURE ONCOLOGICHE

La CASPIE rimborsa, entro il limite di € 10.000,00/anno/nucleo, le spese sostenute in seguito a patologie oncologiche (effettuate sia in regime di ricovero, day hospital che in regime extraospedaliero)per:

- accertamenti diagnostici;
- chemioterapia;
- terapie radianti;
- terapie (anche farmacologiche);
- visite specialistiche.

Il rimborso delle suindicate prestazioni (qualora già previste dalla precedente lett. D), avviene utilizzando in primo luogo il limite di assistenza indicato alla presente lett. E, ovvero, in caso di esaurimento dello stesso, utilizzando quello indicato alla precedente lett. D.

Le prestazioni sopra elencate vengono accordate con uno scoperto di € 55,00 per ogni prestazione se effettuata in convenzione diretta con la CASPIE, e con uno scoperto del 25% con il minimo di € 55,00 per ogni prestazione se effettuata non in convenzione diretta con la CASPIE.

I tickets relativi alle prestazioni di cui sopra vengono rimborsati senza applicazione di alcuno scoperto.

F - MEDICINA PREVENTIVA

La CASPIE rimborsa, entro il limite di € 250,00 anni, le spese che il solo Assistito sostiene per effettuare i seguenti accertamenti diagnostici:

• Condizioni speciali "Donna"

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine; esame chimico, fisico e microscopico
- feci: ricerca del sangue occulto
- pap-test
- mammografia
- visita cardiologica + ECG a riposo

• Condizioni speciali "Uomo"

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL

- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine; esame chimico, fisico e microscopico
- feci: ricerca del sangue occulto
- PSA
- rx torace
- visita cardiologica + ECG a riposo

Si precisa che ciascun esame non può essere effettuato più di una volta per ogni anno assistenziale.

Le prestazioni sopra elencate vengono accordate con uno scoperto del 25% con il minimo di € 55,00 per fattura.

ART. 5- PRESTAZIONI ESCLUSE

Rimangono escluse dal rimborso le spese per:

- le conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici diagnosticati o curati antecedentemente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni; tale esclusione non opera per l'Assistito e per gli Assistiti che aderiscono al presente Discipinare senza soluzione di continuità da precedente copertura assistenziale firmata dal Fondo;
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, l'assistenza opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante la decorrenza dell'assistenza);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito/i di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito/i che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assistito, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

ART. 6 - CRITERIE MODALITA' DI RIMBORSO

Per ottenere il rimborso, nei limiti previsti dal presente Disciplinare, delle spese sostenute, l'Assistito deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, di norma entro 30 gg. dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura. La richiesta deve essere corredata da documentazione attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalle prescrizioni medico-specialistiche delle prestazioni avute, dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate, nonché dalla documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso. Le ricevute sanitarie e di spesa devono essere trasmesse in fotocopia (salvo impegno a produrre i documenti originali su richiesta). Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.

La CASPIE non restituisce gli eventuali originali dei documenti di spesa, nonché quelli relativi alla documentazione sanitaria, allegati alle richieste di rimborso accettate, salvo che non vi sia espressa documentata richiesta degli stessi da parte dell'Amministrazione finanziaria. La CASPIE restituisce, invece, tempo per tempo gli originali della documentazione allegata alle richieste di rimborso rigettate. L'estratto conto liquidativo, contenente il dettaglio delle prestazioni sanitarie liquidate dalla CASPIE ed utile a fini fiscali, può essere consultato e scaricato sul sito internet www.caspieonline.eu previa registrazione.

La CASPIE effettua il rimborso direttamente all'Assistito, anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare, di norma entro 60 gg. (termine decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente Disciplinare, ivi inclusa quella relativa all'eventuale struttura sanitaria convenzionata che ha erogato la prestazione). Il rimborso verrà effettuato a mezzo bonifico bancario sulle coordinate iban trasmesse dall'Assistito al momento dell'adesione all'assistenza. Ove, successivamente, il rimborso dovuto risulti inferiore a quello erogato o non dovuto affatto, la CASPIE richiederà all'Assistito per il tramite del Fondo, l'importo rimborsato.

Per i cicli di cura che si protraggono oltre il termine annuale di assistenza (31/12 di ogni anno), l'Assistito dovrà inoltrare - entro e non oltre il 30° giorno successivo al suddetto termine - la richiesta di rimborso delle spese sostenute fino a tale data, salva la possibilità di riapertura delle pratiche con imputazione delle ulteriori spese ai limiti di assistenza spettanti per il periodo successivo (01/01 del nuovo anno assistenziale), con applicazione di separati scoperti - ove previsti - per le diverse annualità. Il mancato rispetto di tale termine può comportare decadenza dal diritto al rimborso.

I rimborsi vengono effettuati in Italia; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono effettuati in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le quotazioni rese note dalla Banca d'Italia.

L'Assistito e gli Assistiti si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi ad eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della CASPIE, in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistibilità.

Le coperture garantite dal presente Disciplinare non prevedono limitazioni delle prestazioni all'ammontare complessivo dei contributi annualmente versati.

ART. 7 - CONTROVERSIE

In caso di controversie sulla natura dell'evento, su ogni aspetto applicativo del presente disciplinare, sul diritto al rimborso, l'Assistito si obbliga a gestire le controversie stesse secondo le modalità previste dello Statuto della CASPIE.

ART. 8 - FORO COMPETENTE

Per ogni lite giudiziaria è competente esclusivamente il FORO DI ROMA.

4 Modalità di pagamento

Il premio viene corrisposto alla firma e comunque non oltre 30 giorni dalla decorrenza ed in unica soluzione.