



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

ALLEGATO 1

**DELIBERA N. 490/13/CONS - GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA PER
L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSICURAZIONE SANITARIA PER MALATTIA,
INFORTUNIO E PARTO A FAVORE DEL PERSONALE DELL’AUTORITÀ PER LE
GARANZIE NELLE COMUNICAZIONI - CIG 5258917398**

**PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA PER IL PERSONALE
DELL’AUTORITÀ PER LE GARANZIE NELLE COMUNICAZIONI**



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

ASSISTENZA 1

**CAPITOLATO PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSICURAZIONE
SANITARIA PER MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO A FAVORE DEL PERSONALE
DELL’AUTORITÀ PER LE GARANZIE NELLE COMUNICAZIONI**



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

DEFINIZIONI

Fornitore: Società o impresa assicuratrice

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione nell'interesse proprio o di altre persone;

Assicurato/Assistito: i soggetti il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

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, a titolo di rimborso.

Assicurazione: l'insieme delle garanzie prestate all'Assistito/Assicurato dalla polizza;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Contributo: la somma dovuta all'Ente Assistenziale

Massimale/Limite di Assistenza: l'importo stabilito nella presente Convenzione che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato/Assistito per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Istituto di Cura: ogni struttura sanitarie, pubblica o privata, regolarmente autorizzata, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Istituto di Cura convenzionato o centro convenzionato: ogni struttura sanitaria - come sopra definita - che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti, in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto a termini di polizza, direttamente dall'impresa;

Convenzione diretta/Rete: complesso delle strutture sanitarie, pubbliche o private, direttamente convenzionate con l'Assicuratore;

Equipe medica: il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento;

Ricovero: la degenza comportante pernottamento nell'istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

Retta di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Day hospital: il ricovero in istituto di Cura che non comporta pernottamento

Intervento chirurgico: la tecnica terapeutica mediante uso di strumenti chirurgici, nonché la diatermocoagulazione, la crioterapia, la laser terapia;

Grande intervento chirurgico: ogni intervento chirurgico identificato come tale nell'apposito elenco riportato nel contratto;

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;

Scoperto: la percentuale del danno prestabilita che in caso di sinistro l'Assistito/Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Compagnia non riconosce l'indennizzo;

Franchigia: la somma, determinata in misura fissa che dedotta dall'indennità, resta a carico dell'Assistito.

Network: rete convenzionata di Strutture, medici e dentisti



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

CONDIZIONI GENERALI

EFFETTO DELLE COPERTURE

La copertura per gli Assicurati/Assistiti e relativi familiari avrà effetto dalle ore 24 del 31/12/2013 sia in forma rimborsuale che in forma diretta nelle strutture convenzionate con Il Fornitore, a condizione che l'elenco delle anagrafiche dei dipendenti in servizio aderenti e del relativo nucleo pervenga, su supporto informatico, alla Società entro il 31/01/2014.

Qualora il suddetto file con i nominativi non pervenga alla Società entro la suddetta data, la copertura per gli Assicurati/Assistiti e i relativi familiari in forma diretta, nelle strutture convenzionate con il Fornitore, verrà gestita, fino al giorno in cui non verrà prodotto l'elenco dei dipendenti assicurati, attraverso il "fax assistito", alle seguenti modalità:

"Previo contatto con la Centrale Operativa del Fornitore, potrà essere ottenuta l'applicazione delle tariffe agevolate presso le strutture sanitarie convenzionate per le prestazioni coperte dalla presente Convenzione con il Fornitore.

Per le prestazioni il costo resterà a carico dell'Assicurato/Assistito, il quale potrà portare a rimborso le spese sostenute".

La Contraente si impegna a fornire alla Società le schede di adesione, debitamente compilate, entro il 31/01/2014.

INCLUSIONI/ ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per gli Assicurati/Assistiti e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro il 31/01/2014, le movimentazioni all'interno della presente convenzione sono regolate dai punti di seguito indicati.

L'inserimento in assistenza oltre il termine sopra indicato può avvenire al verificarsi di:

- 1) Assunzione;
- 2) Nascita / adozione / affidamento di un figlio (certificato di nascita);
- 3) Matrimonio (certificato di matrimonio);
- 4) Maturazione del 3° anno di convivenza more uxorio;



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

- 5) Insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare fiscalmente non a carico (certificato di stato di famiglia intestato al Dipendente);
- 6) Venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro (attestazione rilasciata dal datore di lavoro indicante la data del venir meno dell'analogha assistenza).

Le domande di inserimento di cui ai precedenti numeri 2, 3, 5 e 6 dovranno essere accompagnate dalle certificazioni (in originale) precisata a fianco dei singoli eventi. L'inclusione nelle assistenze decorre dalla data dell'evento e deve essere effettuata entro il termine di 40 giorni dalla predetta data.

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari Assicurati/Assistiti proseguono nella copertura sanitaria fino alla prima scadenza annua.

PAGAMENTO DEL PREMIO

Il corrispettivo di quanto dovuto alla Società per i pagamenti del personale beneficiario della convenzione sanitaria vengono effettuati con bonifico bancario sul conto indicato dallo stesso secondo la seguente tempistica: la prima volta all'inizio di ogni anno di riferimento, a seguito della verifica delle adesioni e successivamente a seguito di aggiornamenti periodici.

Al momento dell'attivazione della presente convenzione la Contraente si impegna a versare alla Società l'importo dovuto entro 60 giorni dalla data di effetto della convenzione.

Per quanto concerne le movimentazioni che possono avvenire in corso d'anno, il relativo premio verrà regolato alla fine dell'annualità assicurativa.

La Società procederà alla regolazione mediante emissione di atto di variazione per l'importo a tal fine determinato.

Se il Contraente non paga i contributi o le rate successive, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c., la copertura resta sospesa dalle ore 00 del sessantesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 00 del giorno di pagamento.

OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Compagnia / Ente Assistenziale con cadenza semestrale, come anche in altre occasioni a semplice richiesta della Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni, fornirà ad essa, per il tramite del broker, un elenco riepilogativo delle erogazioni delle Assistenze fornite disaggregati per Assistenza e tipologia di prestazione evidenziando, almeno, l'importo richiesto, l'importo liquidato, il numero delle richieste di rimborso nonché il numero delle richieste di rimborso risolte negativamente.



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

CLAUSOLA BROKER

Anche ai sensi del d.lgs. 209/2005 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto, ovvero la collaborazione all'esecuzione dello stesso, al Broker di assicurazione Willis Italia SPA. La remunerazione dello stesso viene fissata nella misura del 4,998% del premio imponibile.



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

ART. 1 - ASPETTI GENERALI

La si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente disciplinare, ad erogare al Personale in servizio (in seguito denominato Assistito) dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni, ed ai rispettivi familiari di cui al successivo art. 2 (in seguito denominati Assistiti), contributi economici per i 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 art. 4, è prestata a favore dell'Assistito e si estende al coniuge ed ai figli fiscalmente a carico.

Può includere, su richiesta dell'Assistito, il coniuge e i figli fiscalmente non a carico (anche se non conviventi), il convivente *more uxorio* e i figli di questo, nonché gli altri parenti ed affini entro il 3° grado, anagraficamente conviventi con l'Assistito.

L'inserimento in assistenza di tali familiari deve riguardare tutti i componenti risultanti dallo stato di famiglia dell'Assistito (purché assistibili); nel caso di inserimento del coniuge o di un figlio non conviventi e fiscalmente non a carico, è obbligatorio l'inserimento anche degli altri figli e/o del coniuge del dipendente anagraficamente conviventi con il coniuge/figlio che si intende inserire.

Dall'obbligo di inserimento in assistenza di tutti i familiari assistibili sono esclusi:

- i familiari assistibili che già beneficiano di "analoga assistenza", da intendersi come altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal proprio datore di lavoro;
- il convivente *more uxorio* e i figli di questo. Peraltro, l'inserimento in assistenza di uno dei soggetti in questione comporta l'obbligatorio inserimento di tutti i familiari assistibili rientranti nello stato di famiglia del dipendente.

TRANNE CONIUGE E FIGLI, NESSUN PARENTE O AFFINE NON CONVIVENTE CON IL TITOLARE DELL'ASSISTENZA PUO' ESSERE INSERITO IN ASSISTENZA.

Per gli Assistiti diversi da coniuge, figli, convivente *more-uxorio* e figli di questo, fratello e sorella (fatta eccezione per coloro che aderiscono al presente disciplinare senza soluzione di continuità da precedente copertura assistenziale) e per tutti gli Assistiti al superamento del 75° anno di età, è fatto obbligo della compilazione di un questionario anamnestico. Il diritto alle prestazioni, ovvero il mantenimento delle stesse, è subordinato all'accettazione da parte della che avverrà a mezzo di comunicazione scritta. Ove venissero successivamente



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

accertate omissioni o dichiarazioni non veritiere, queste renderebbero inattivabile il ricorso alle prestazioni della e comporterebbero l'esclusione da ogni diritto al rimborso dei contributi nel frattempo versati.

L'ASSISTENZA E' OPERANTE

- senza limitazioni territoriali;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assistito/i;
- senza limiti di età;
- nella posizione di titolare dell'assistenza.

Fatta eccezione per l'Assistito e gli Assistiti già aderenti alla previgente copertura collettiva in scadenza il 31/12/2013, per i dipendenti assunti o rientrati da aspettativa con decorrenza successiva al 30/11/2013, nonché per i casi di nascita/adozione/affidamento di un figlio, matrimonio, maturazione del 3° anno di convivenza more uxorio, insorgere di convivenza con parenti o affini entro il 3° grado, venir meno di "analoga assistenza" come sopra definita (purché gli inserimenti vengano effettuati entro i termini previsti dalla convenzione), l'intervento dellaè subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni (31/12/2013) di:

- 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, l'assistenza decorre dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assistenza stessa, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo tale data;
- 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.

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 quanto previsto dal successivo art. 4 - PRESTAZIONI, ove per limite di assistenza per anno si intende la disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assistito (di cui al precedente art. 2) per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale. Tale somma si intenderà raddoppiata in caso di grande intervento chirurgico (compreso nell'allegato elenco). Inoltre, qualora nel nucleo assistito sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/1992, ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa, il limite di assistenza si intenderà maggiorato del 20%.



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

Nel caso di inserimento in assistenza in corso d'anno, i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

ART. 4 – PRESTAZIONI

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

Larimborsa:

- 1) In caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in regime di ricovero o day hospital presso istituto di cura ovvero in regime ambulatoriale:
 - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (comprese protesi ed endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'assistito infermo);
 - l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi - necessari al recupero della salute, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
 - rette di degenza fino all'importo di € 150,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i grandi interventi e per quelli effettuati in convenzione diretta);
 - accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 50 gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche e cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 100 gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico; trattamenti fisioterapici e rieducativi - necessari al recupero della salute - effettuati nei 150 gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico.

In caso di parto cesareo il rimborso massimo sarà pari a € 4.000,00 per evento, con applicazione dello scoperto previsto al punto B per i ricoveri fuori convenzione.
- 2) In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico effettuato anche in regime di day hospital:
 - accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, riguardanti il periodo di ricovero;
 - rette di degenza fino all'importo di € 150,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in convenzione diretta);
 - accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche specialistiche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 50 gg. precedenti il ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso.
- 3) In caso di parto fisiologico:



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

- sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di € 150,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in convenzione diretta).

Il rimborso complessivo massimo sarà comunque pari a € 2.000,00 per evento.

4) Per il neonato:

- retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica con il limite massimo di € 1.000,00/anno/nucleo.

5) Trasporto

- le spese di trasporto dell'assistito infermo all'istituto di cura e viceversa - in caso di intervento chirurgico - con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ad eccezione dell'autovettura privata), con un massimo di € 1.300,00 per ricovero (sia in Italia che all'estero).

Nei casi in cui nei capoluoghi di provincia ove sono ubicate le Filiali dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni non esistessero strutture sanitarie (ospedali o case di cura private o pubbliche) in convenzione diretta con la nonché nei casi in cui, per la presenza di una lista di attesa, la struttura non possa effettuare un ricovero urgente, verranno rimborsate all'Assistito/i le spese per il trasporto ferroviario, in 1^a classe, dal capoluogo di provincia ove ha sede la Filiale di appartenenza al capoluogo di provincia ove ha sede la Filiale, in cui esistono strutture sanitarie (ospedali o case di cura private o pubbliche) convenzionate, e ritorno.

B - SCOPERTO/FRANCHIGIA

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A punto 1):

- per gli interventi **in totale regime di convenzione diretta con** (sia struttura sanitaria che équipe medica), nessun limite per la retta di degenza, né alcuno scoperto anche per le prestazioni antecedenti e successive al ricovero, pur se effettuate non usufruendo della rete convenzionata con
- per gli interventi **non in convenzione diretta con**:
 - effettuati in regime di ricovero, l'applicazione di un limite di € 150,00 giornalieri per la retta di degenza e di uno scoperto del 20% con applicazione di un minimo non indennizzabile di 2.000,00
 - effettuati in regime ambulatoriale o di day-hospital, l'applicazione di una franchigia di €1.000,00



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

Per i **ricoveri a carico del S.S.N.**, il rimborso delle spese per prestazioni effettuate nei giorni precedenti e successivi il ricovero nonché della “differenza di classe” relativa alle spese di degenza (entrambe nei limiti previsti alla precedente lett. A) non prevede l’applicazione di alcuno scoperto.

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A punti 2), 3), 4) e 5) non prevede l’applicazione di alcuno scoperto, fermo restando il limite di € 150,00giornalieri per le rette di degenza non in convenzione diretta con

C - PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI

La rimborsa, entro il limite assistenziale complessivo di € 6.000,00anno/nucleo “prestazioni di alta diagnostica” di cui al successivo punto 1) (da intendersi maggiorato del 20% qualora nel nucleo assistito sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/1992 ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa), ed entro il sotto limite di € 2.000,00anno/nucleo “prestazioni specialistiche” di cui al successivo punto 2), nel cui ambito opera un ulteriore sotto limite pari a € 1.000,00 anno/nucleo per le prestazioni di psicoterapia di cui al successivo punto 2) lettera c).

1) PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

- AGOASPIRATO
- AMNIOCENTESI oltre il 37° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologia della gestante o del feto
- ANGIOGRAFIA
- ANGIOGRAFIA DIGITALE
- ARTERIOGRAFIA DIGITALE
- ARTROGRAFIA
- BRONCOGRAFIA
- BRONCOSCOPIA
- CARDIOTAC
- CISTERNOGRAFIA
- CLISMA OPACO
- CISTOGRAFIA
- CISTOSCOPIA
- COLONSCOPIA
- COLANGIOGRAFIA
- COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA
- COLECISTOGRAFIA
- CORONAROGRAFIA



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

- DOC
- DOPPLER
- DUODENOSCOPIA
- ECOCARDIOGRAMMA
- ECODOPPLER
- ECOCOLORDOPPLER
- ECOGRAFIA
- ELETTRICARDIOGRAFIA
- ELETTRICENCEFALOGRAFIA
- ESAME CITOLOGICO
- ESAME ISTOLOGICO
- ESOFAGOSCOPIA
- FLUORANGIOGRAFIA RETINICA
- GALATTOGRAFIA
- GASTROSCOPIA
- HOLTER
- LINFOGRAFIA
- MAMMOGRAFIA
- MIELOGRAFIA
- MOC
- PANCOLONSCOPIA
- PET
- RADIONEFROGRAMMA
- RECTOSIGMOIDOCOLONSCOPIA
- RETINOGRAFIA
- RETTOSCOPIA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- RX ESOFAGO
- RX TUBO DIGERENTE
- SCINTIGRAFIA
- SPECT
- TAC
- TELECUORE
- UROFLUSSOMETRIA
- UROGRAFIA
- VILLOCENTESI oltre il 37° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologia della gestante o del feto.



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

2) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

- a. onorari medici specialistici per visite e prestazioni (escluse quelle odontoiatriche, ortodontiche e pediatriche), visite omeopatiche;
- b. analisi ed esami diagnostici ivi compresi gli onorari dei medici (con esclusione di quelli già previsti dal precedente punto 1);
Le prestazioni di cui ai punti a. e b. sono rimborsabili se la relativa documentazione riporti la diagnosi o il sospetto diagnostico.
- c. terapie: alcolizzazione, chemioterapia, cobaltoterapia, dialisi, terapie radianti, terapia del dolore, psicoterapia (effettuata per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi), logopedia (effettuata per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi); fisioterapia a seguito di infortunio, ictus cerebrale, forme neoplastiche, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio la sclerosi multipla, la sclerosi amiotrofica e il morbo di Parkinson);
Le suindicate terapie sono rimborsabili solo se effettuate da medico e dietro prescrizione medico-specialistica attestante una diagnosi documentata ed accertata. Relativamente alla psicoterapia, alla logopedia e alla fisioterapia le stesse sono rimborsabili anche se effettuate rispettivamente da psicoterapeuta, da logopedista iscritto all'albo e da fisioterapista diplomato;
- d. cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio, effettuate in ambulatorio.

La fisioterapia a seguito di infortunio sarà rimborsata solo se documentata da verbale di pronto soccorso ospedaliero cui si sia fatto immediato ricorso e comprovante l'avvenuto infortunio.

Le prestazioni di cui alla lettera C vengono rimborsate come segue:

- se effettuate in totale regime di convenzione diretta con, verrà applicato uno scoperto del 15% con un minimo di €55,00;
- se effettuate non in regime di convenzione diretta con verrà applicato uno scoperto del 30% con un minimo di €90,00.

Al fine dell'applicazione di un unico scoperto, la richiesta di rimborso dovrà essere presentata al termine del ciclo di cura.

I ticket relativi alle prestazioni di cui alla lettera C vengono rimborsati senza l'applicazione di scoperto -

D - PROTESI

La rimborsa, entro il limite di € 1.000,00anno/nucleo., le spese per acquisto e riparazione di protesi ortopediche



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

E - CURE ONCOLOGICHE

La rimborsa, entro il limite di € 8.000,00anno/nucleo, le spese sostenute in seguito a patologie oncologiche per:

- assistenza infermieristica domiciliare;
- visite specialistiche;
- chemioterapia;
- terapie radianti.

Le prestazioni di cui alla lettera E vengono rimborsate , se in totale regime di convenzione diretta, senza applicazione di alcuno scoperto altrimenti con il 20% di scoperto..

ART. 5 - PRESTAZIONI ESCLUSE

Rimangono escluse dal rimborso le spese per:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico ad eccezione di quella concernente neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente ad intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione);
- i ricoveri durante i quali vengono compiute solamente terapie fisiche e riabilitative che, in relazione allo stato clinico dell'Assistito/i infermo all'atto del ricovero, possono essere effettuate anche in ambulatorio;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito/i infermo di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza, intendendo per tali quelli determinati da condizioni fisiche che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di Cura per interventi di carattere assistenziale;
- le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser a eccimeri ad eccezione di quelli effettuati in caso di anisometria superiore a quattro diottrie, o deficit visivo, anche di un singolo occhio, pari o superiore a sei diottrie;
- le prestazioni riconducibili a finalità estetiche (es. visite, trattamenti, ricoveri ambulatoriali, ricoveri in regime di day hospital, etc.);
- agopuntura (ove prevista) non effettuata da medico;
- prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato;
- psicoterapia non effettuata da medico specialista o da psicoterapeuta;



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

- logopedia (ove prevista) se non effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato;
- cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie salvo quanto previsto all'art. 4 lett. C punto 2;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assistito/i, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona.

ART. 6 - CRITERI E 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 conclusa la cura. La richiesta deve essere corredata dalla documentazione attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica e dalle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate ed infine dalla eventuale ulteriore 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 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 restituisce, invece, tempo per tempo gli originali della documentazione allegata alle richieste di rimborso rigettate. Periodicamente, e comunque in tempo utile per la presentazione della dichiarazione dei redditi, la trasmette all'Assistito un estratto conto liquidativo contenente il dettaglio delle prestazioni sanitarie liquidate nell'anno precedente.

Laeffettua il rimborso dovuto - direttamente all'Assistito anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare - entro il termine di 50 gg. di calendario (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 risulti non dovuto affatto, la provvederà allo storno parziale o totale dell'importo rimborsato.



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

Per i cicli di cura che si protraggono oltre il termine annuale di assistenza, 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, corredate dalla necessaria documentazione, salva la possibilità di riapertura delle pratiche con imputazione delle ulteriori spese ai limiti di assistenza spettanti per il periodo successivo, 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 in Euro; 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, 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.

ART. 7 - CONTROVERSIE

Le controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente disciplinare potranno essere deferite alla decisione di un collegio arbitrale composto da tre arbitri, i cui membri verranno nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato/Assistito. Il collegio si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato/Assistito. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, contribuendo per metà delle spese e delle competenze del terzo arbitro, esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del collegio assunte a maggioranza, sono vincolanti per le parti che rinunciano ad impugnarle salvo i casi di violenza, dolo, errore grave o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

ART. 8 - FORO COMPETENTE

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



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

STOMACO-DUODENO

- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

INTESTINO

- Colectomia totale.
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia.

RETTO-ANO

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo.
- Idem per via addomino perineale: in più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

ERNIE

- Intervento iatale con tunduplicatio.

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.
- PANCREAS-MILZA
- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudo-cisti:
 - enucleazione delle cisti
 - marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - a) totale o della testa
 - b) della coda.
- Anastomosi porta-cava, spleno renale, mesenterico-cava.

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazione per encefalo-meningocele.



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi simili.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Emisferectomia.
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica.

SIMPATICO E VAGO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.

CHIRURGIA VASALE

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.
- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi.

CRANIO

(Vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Timectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

TORACE

- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumonectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.
- Pleuropneumonectomia.
- Toracectomia ampia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Timectomia per via toracica.



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

- Toracoplastica totale.

CHIRURGIA TORACICA

- Pericardiectomia parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi.
- Derivazioni aorto-polmonari.
- Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia della arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica).

ESOFAGO

(Vedi anche otorinolaringoiatria).

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali.
- Esofagoplastica.
- Reintervento per megaesofago.

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:
 - a) resezione con reimpianto
 - b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

ARTICOLAZIONI

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomia.
- Artoplastica delle grandi articolazioni.

UROLOGIA

- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi (o colon).
- Nefrotomia bivalve in ipotermia.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Surrenelectomia.

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.

GINECOLOGIA

Pannisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno.

OCULISTICA

- Iridocicloterazione da glaucoma.

OTORINOLARINGOIATRIA

Naso

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.

Orecchio

- Antro-atticotomia.

TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti.



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

ASSISTENZA 2

**CAPITOLATO
PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI
PER PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI
ASSICURAZIONE SANITARIA PER MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO A FAVORE
DEL PERSONALE DELL'AUTORITÀ PER LE GARANZIE NELLE COMUNICAZIONI**



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

DEFINIZIONI

Fornitore: Società o impresa assicuratrice

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione nell'interesse proprio o di altre persone;

Assicurato/Assistito: i soggetti il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

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, a titolo di rimborso.

Assicurazione: l'insieme delle garanzie prestate all'Assistito/Assicurato dalla polizza;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Contributo: la somma dovuta all'Ente Assistenziale

Massimale/Limite di Assistenza: l'importo stabilito nella presente Convenzione che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato/Assistito per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Istituto di Cura: ogni struttura sanitarie, pubblica o privata, regolarmente autorizzata, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Istituto di Cura convenzionato o centro convenzionato: ogni struttura sanitaria - come sopra definita - che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti, in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto a termini di polizza, direttamente dall'impresa;

Convenzione diretta/Rete: complesso delle strutture sanitarie, pubbliche o private, direttamente convenzionate con l'Assicuratore;

Equipe medica: il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento;



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

Ricovero: la degenza comportante pernottamento nell'istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;

Retta di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Day hospital: il ricovero in istituto di Cura che non comporta pernottamento

Intervento chirurgico: la tecnica terapeutica mediante uso di strumenti chirurgici, nonché la diatermocoagulazione, la crioterapia, la laser terapia;

Grande intervento chirurgico: ogni intervento chirurgico identificato come tale nell'apposito elenco riportato nel contratto;

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;

Scoperto: la percentuale del danno prestabilita che in caso di sinistro l'Assistito/Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Compagnia non riconosce l'indennizzo;

Franchigia: la somma, determinata in misura fissa che dedotta dall'indennità, resta a carico dell'Assistito.

Network: rete convenzionata di Strutture, medici e dentisti



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

CONDIZIONI GENERALI

EFFETTO DELLE COPERTURE

La copertura per gli Assicurati/Assistiti e relativi familiari avrà effetto dalle ore 24 del 31/12/2013 sia in forma rimborsuale che in forma diretta nelle strutture convenzionate con Il Fornitore, a condizione che l'elenco delle anagrafiche dei dipendenti in servizio aderenti e del relativo nucleo pervenga, su supporto informatico, alla Società entro il 31/01/2014.

Qualora il suddetto file con i nominativi non pervenga alla Società entro la suddetta data, la copertura per gli Assicurati/Assistiti e i relativi familiari in forma diretta, nelle strutture convenzionate con il Fornitore, verrà gestita, fino al giorno in cui non verrà prodotto l'elenco dei dipendenti assicurati, attraverso il "fax assistito", alle seguenti modalità:

"Previo contatto con la Centrale Operativa del Fornitore, potrà essere ottenuta l'applicazione delle tariffe agevolate presso le strutture sanitarie convenzionate per le prestazioni coperte dalla presente Convenzione con il Fornitore.

Per le prestazioni il costo resterà a carico dell'Assicurato/Assistito, il quale potrà portare a rimborso le spese sostenute".

La Contraente si impegna a fornire alla Società le schede di adesione, debitamente compilate, entro il 31/01/2014.

INCLUSIONI/ ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per gli Assicurati/Assistiti e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro il 31/01/2014, le movimentazioni all'interno della presente convenzione sono regolate dai punti di seguito indicati.

L'inserimento in assistenza oltre il termine sopra indicato può avvenire al verificarsi di:

- 7) Assunzione;
- 8) Nascita / adozione / affidamento di un figlio (certificato di nascita);
- 9) Matrimonio (certificato di matrimonio);



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

- 10) Maturazione del 3° anno di convivenza more uxorio;
- 11) Insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare fiscalmente non a carico (certificato di stato di famiglia intestato al Dipendente);
- 12) Venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro (attestazione rilasciata dal datore di lavoro indicante la data del venir meno dell'analoga assistenza).

Le domande di inserimento di cui ai precedenti numeri 2, 3, 5 e 6 dovranno essere accompagnate dalle certificazioni (in originale) precisata a fianco dei singoli eventi. L'inclusione nelle assistenze decorre dalla data dell'evento e deve essere effettuata entro il termine di 40 giorni dalla predetta data.

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari Assicurati/Assistiti proseguono nella copertura sanitaria fino alla prima scadenza annua.

PAGAMENTO DEL PREMIO

Il corrispettivo di quanto dovuto alla Società per i pagamenti del personale beneficiario della convenzione sanitaria vengono effettuati con bonifico bancario sul conto indicato dallo stesso secondo la seguente tempistica: la prima volta all'inizio di ogni anno di riferimento, a seguito della verifica delle adesioni e successivamente a seguito di aggiornamenti periodici.

Al momento dell'attivazione della presente convenzione la Contraente si impegna a versare alla Società l'importo dovuto entro 60 giorni dalla data di effetto della convenzione.

Per quanto concerne le movimentazioni che possono avvenire in corso d'anno, il relativo premio verrà regolato alla fine dell'annualità assicurativa.

La Società procederà alla regolazione mediante emissione di atto di variazione per l'importo a tal fine determinato.

Se il Contraente non paga i contributi o le rate successive, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c., la copertura resta sospesa dalle ore 00 del sessantesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 00 del giorno di pagamento.

OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Compagnia / Ente Assistenziale con cadenza semestrale, come anche in altre occasioni a semplice richiesta della Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni, fornirà ad essa, per il tramite del broker, un elenco riepilogativo delle erogazioni delle Assistenze fornite disaggregati per Assistenza e tipologia di prestazione evidenziando, almeno, l'importo richiesto, l'importo



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

liquidato, il numero delle richieste di rimborso nonché il numero delle richieste di rimborso risolte negativamente.

CLAUSOLA BROKER

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto, ovvero la collaborazione all'esecuzione dello stesso, al Broker di assicurazione Willis Italia SPA. La remunerazione dello stesso viene fissata nella misura del 4,998% del premio imponibile



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

ART. 1 - ASPETTI GENERALI

La si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente disciplinare, ad erogare al Personale in servizio (in seguito denominato Assistito) dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni, ed ai rispettivi familiari di cui al successivo art. 2 (in seguito denominati Assistiti), contributi economici per i casi di malattia e infortunio, secondo le norme appresso indicate.

ART. 2 - ASSISTITI E OPERATIVITÀ DEL DISCIPLINARE

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo art. 4, è prestata a favore di tutti i dipendenti ed i rispettivi familiari fiscalmente a carico inclusi nell'Assistenza 1; l'inserimento dei familiari non fiscalmente a carico è facoltativo, fermo restando che l'inserimento di uno degli Assistiti comporta l'obbligatoria inclusione di tutti gli altri soggetti assistibili inseriti nell'Assistenza 1.

Per i familiari assistibili, che non sono inseriti nell'Assistenza 1 in quanto fruiscono di "analoga assistenza" come definita nei relativi disciplinari, l'inclusione è facoltativa.

Al superamento del 75° anno di età è fatto obbligo della compilazione di un questionario anamnestico. Il diritto alle prestazioni, ovvero il mantenimento delle stesse, è subordinato all'accettazione da parte della Società che avverrà a mezzo di comunicazione scritta. Ove venissero successivamente accertate omissioni o dichiarazioni non veritiere, queste renderebbero inattivabile il ricorso alle prestazioni della Società e comporterebbero l'esclusione da ogni diritto al rimborso dei contributi nel frattempo versati.

L'ASSISTENZA È OPERANTE

- ad integrazione dell'Assistenza 1 – Dipendenti;
- senza limitazioni territoriali;
- senza limiti di età.

Fatta eccezione per l'Assistito e gli Assistiti già aderenti alla previgente copertura collettiva in scadenza il 31/12/2013, per i dipendenti assunti o rientrati da aspettativa con decorrenza successiva al 30/11/2013, nonché per i casi di nascita/adozione/affidamento di un figlio, matrimonio, maturazione del 3° anno di convivenza more uxorio, insorgere di convivenza con parenti o affini entro il 3° grado, venir meno di "analoga assistenza" come sopra definita (purché gli inserimenti vengano effettuati entro i termini previsti dalla convenzione), l'intervento della



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

..... è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni (31/12/2013) di:

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.

ART. 3 – LIMITI DI ASSISTENZA

Le prestazioni di cui al presente Disciplinare sono erogate fino alla concorrenza dei limiti previsti dalle lett. A e B di cui al successivo art. 4 - PRESTAZIONI, ove per limite di assistenza per anno 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 di inserimento in assistenza in corso d'anno, i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

ART. 4 – PRESTAZIONI

A - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

La rimborsa, entro il limite di € 1.000,00anno/nucleo, le spese per trattamenti fisioterapici prescritti da medico specialista ed eseguiti da persone in possesso dei titoli abilitanti previsti dal decreto del Ministro della Sanità 27/07/2000 pubblicato dalla G.U. n. 190 del 16/08/2000

Le prestazioni sopra indicate vengono accordate con uno scoperto del 20% per le prestazioni in totale regime di convenzione diretta, e con uno scoperto del 35% per le prestazioni non in convenzione diretta.

B - CURE ONCOLOGICHE

La rimborsa, entro il limite di € 4.000,00anno/nucleo, le spese sostenute in seguito a patologie oncologiche per:

- assistenza infermieristica domiciliare;
- chemioterapia;
- terapie radianti;
- visite specialistiche.



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

Le prestazioni sopra elencate vengono accordate, sein totale regime di convenzione diretta, senza applicazione di alcuno scoperto; se non in convenzione diretta con l'applicazione del 20% di scoperto..

ART. 5 - PRESTAZIONI ESCLUSE

Rimangono escluse dal rimborso le spese per:

- terapeutico;
- motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- agopuntura non effettuata da medico specialista salvo quanto previsto all'art. 4 lett. A;
- prestazioni fisioterapiche non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato salvo quanto previsto all'art. 4 lett. A.

ART. 6 - CRITERI E 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 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 restituisce, invece, tempo per tempo gli originali della documentazione allegata alle richieste di rimborso rigettate. Periodicamente, e comunque in tempo utile per la presentazione della dichiarazione dei redditi, la trasmette all'Assistito un estratto conto liquidativo contenente il dettaglio delle prestazioni sanitarie liquidate nell'anno precedente.

La effettua il rimborso direttamente all'Assistito, anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare, di norma entro 50 gg. di calendario (termine decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente disciplinare) al netto delle spese postali e di liquidazione attualmente previste in € 2,00.



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

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 provvederà allo storno parziale o totale dell'importo rimborsato.

Per i cicli di cura che si protraggono oltre il termine annuale di assistenza, 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, corredate dalla necessaria documentazione, salva la possibilità di riapertura delle pratiche con imputazione delle ulteriori spese ai limiti di assistenza spettanti per il periodo successivo, 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, 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.

ART. 7 - CONTROVERSIE

Le controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente disciplinare potranno essere deferite alla decisione di un collegio arbitrale composto da tre arbitri, i cui membri verranno nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato/Assistito. Il collegio si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato/Assistito. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, contribuendo per metà delle spese e delle competenze del terzo arbitro, esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del collegio assunte a maggioranza, sono vincolanti per le parti che rinunciano ad impugnarle salvo i casi di violenza, dolo, errore grave o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

ART. 8 - FORO COMPETENTE

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



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

MINISTERO DELLA SANITÀ

DECRETO 27 luglio 2000

Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di fisioterapista, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base.

IL MINISTRO DELLA SANITA'

di concerto con

**IL MINISTRO DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA SCIENTIFICA E
TECNOLOGICA**

Visto l'art. 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

Vista la legge 26 febbraio 1999, n. 42, recante disposizioni in materia di professioni sanitarie ed in particolare l'art. 4, comma 1, il quale prevede che i diplomi e gli attestati conseguiti in base alla precedente normativa, che abbiano permesso l'iscrizione ai relativi albi professionali o l'attività professionale in regime di lavoro dipendente o autonomo o che siano previsti dalla normativa concorsuale del personale del servizio sanitario nazionale o degli altri comparti del settore pubblico, sono equipollenti ai diplomi universitari di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base;

Ritenuto opportuno e necessario, per assicurare certezza alle situazioni ed uniformità di comportamento, provvedere alla individuazione dei titoli riconosciuti equipollenti ai diplomi universitari dall'art. 4, comma 1, della richiamata legge n. 42 del 1999;

Decreta:

Art. 1.

I diplomi e gli attestati conseguiti in base alla normativa precedente a quella attuativa dell'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che sono indicati nella sezione B della tabella sotto riportata, sono equipollenti, ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge 26 febbraio 1999, n. 42, al diploma universitario di fisioterapista di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 741, indicato nella sezione A della stessa tabella, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base.



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

Sezione A Diploma universitario	Sezione B Titoli equipollenti
Fisioterapista - Decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 741	Fisiokinesiterapista - Corsi biennali di formazione specifica ex legge 19 gennaio 1942, n. 86, art. 1
	Terapista della riabilitazione - Legge 30 marzo 1971, n. 118 - Decreto del Ministro della sanità 10 febbraio 1974 e normative regionali
	Terapista della riabilitazione - Decreto del Presidente della Repubblica n. 162, del 10 marzo 1982 - Legge 11 novembre 1990, n. 341
	Tecnico fisioterapista della riabilitazione - Decreto del Presidente della Repubblica n. 162, del 10 marzo 1982
	Terapista della riabilitazione dell'apparato motore - Decreto del Presidente della Repubblica n. 162, del 10 marzo 1982
	Massofisioterapista - Corso triennale di formazione specifica (legge 19 maggio 1971, n. 403)



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

ASSISTENZA 3

**CAPITOLATO
PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI
PER PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI
ASSICURAZIONE SANITARIA PER MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO A FAVORE
DEL PERSONALE DELL'AUTORITÀ PER LE GARANZIE NELLE COMUNICAZIONI**



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

DEFINIZIONI

Fornitore: Società o impresa assicuratrice

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione nell'interesse proprio o di altre persone;

Assicurato/Assistito: i soggetti il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

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, a titolo di rimborso.

Assicurazione: l'insieme delle garanzie prestate all'Assistito/Assicurato dalla polizza;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Contributo: la somma dovuta all'Ente Assistenziale

Massimale/Limite di Assistenza: l'importo stabilito nella presente Convenzione che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato/Assistito per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Istituto di Cura: ogni struttura sanitaria, pubblica o privata, regolarmente autorizzata, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Istituto di Cura convenzionato o centro convenzionato: ogni struttura sanitaria - come sopra definita - che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti, in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto a termini di polizza, direttamente dall'impresa;

Convenzione diretta/Rete: complesso delle strutture sanitarie, pubbliche o private, direttamente convenzionate con l'Assicuratore;

Equipe medica: il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento;



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

Ricovero: la degenza comportante pernottamento nell'istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;

Retta di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Day hospital: il ricovero in istituto di Cura che non comporta pernottamento

Intervento chirurgico: la tecnica terapeutica mediante uso di strumenti chirurgici, nonché la diatermocoagulazione, la crioterapia, la laser terapia;

Grande intervento chirurgico: ogni intervento chirurgico identificato come tale nell'apposito elenco riportato nel contratto;

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;

Scoperto: la percentuale del danno prestabilita che in caso di sinistro l'Assistito/Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Compagnia non riconosce l'indennizzo;

Franchigia: la somma, determinata in misura fissa che dedotta dall'indennità, resta a carico dell'Assistito.

Network: rete convenzionata di Strutture, medici e dentisti



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

CONDIZIONI GENERALI

EFFETTO DELLE COPERTURE

La copertura per gli Assicurati/Assistiti e relativi familiari avrà effetto dalle ore 24 del 31/12/2013 sia in forma rimborsuale che in forma diretta nelle strutture convenzionate con Il Fornitore, a condizione che l'elenco delle anagrafiche dei dipendenti in servizio aderenti e del relativo nucleo pervenga, su supporto informatico, alla Società entro il 31/01/2014.

Qualora il suddetto file con i nominativi non pervenga alla Società entro la suddetta data, la copertura per gli Assicurati/Assistiti e i relativi familiari in forma diretta, nelle strutture convenzionate con il Fornitore, verrà gestita, fino al giorno in cui non verrà prodotto l'elenco dei dipendenti assicurati, attraverso il "fax assistito", alle seguenti modalità:

"Previo contatto con la Centrale Operativa del Fornitore, potrà essere ottenuta l'applicazione delle tariffe agevolate presso le strutture sanitarie convenzionate per le prestazioni coperte dalla presente Convenzione con il Fornitore.

Per le prestazioni il costo resterà a carico dell'Assicurato/Assistito, il quale potrà portare a rimborso le spese sostenute".

La Contraente si impegna a fornire alla Società le schede di adesione, debitamente compilate, entro il 31/01/2014.

INCLUSIONI/ ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per gli Assicurati/Assistiti e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro il 31/01/2014, le movimentazioni all'interno della presente convenzione sono regolate dai punti di seguito indicati.

L'inserimento in assistenza oltre il termine sopra indicato può avvenire al verificarsi di:

13) Assunzione;

14) Nascita / adozione / affidamento di un figlio (certificato di nascita);

15) Matrimonio (certificato di matrimonio);

16) Maturazione del 3° anno di convivenza more uxorio;



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

17) Insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare fiscalmente non a carico (certificato di stato di famiglia intestato al Dipendente);

18) Venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro (attestazione rilasciata dal datore di lavoro indicante la data del venir meno dell'analoga assistenza).

Le domande di inserimento di cui ai precedenti numeri 2, 3, 5 e 6 dovranno essere accompagnate dalle certificazioni (in originale) precisata a fianco dei singoli eventi. L'inclusione nelle assistenze decorre dalla data dell'evento e deve essere effettuata entro il termine di 40 giorni dalla predetta data.

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari Assicurati/Assistiti proseguono nella copertura sanitaria fino alla prima scadenza annua.

PAGAMENTO DEL PREMIO

Il corrispettivo di quanto dovuto alla Società per i pagamenti del personale beneficiario della convenzione sanitaria vengono effettuati con bonifico bancario sul conto indicato dallo stesso secondo la seguente tempistica: la prima volta all'inizio di ogni anno di riferimento, a seguito della verifica delle adesioni e successivamente a seguito di aggiornamenti periodici.

Al momento dell'attivazione della presente convenzione la Contraente si impegna a versare alla Società l'importo dovuto entro 60 giorni dalla data di effetto della convenzione.

Per quanto concerne le movimentazioni che possono avvenire in corso d'anno, il relativo premio verrà regolato alla fine dell'annualità assicurativa.

La Società procederà alla regolazione mediante emissione di atto di variazione per l'importo a tal fine determinato.

Se il Contraente non paga i contributi o le rate successive, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c., la copertura resta sospesa dalle ore 00 del sessantesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 00 del giorno di pagamento.

OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Compagnia / Ente Assistenziale, con cadenza semestrale, come anche in altre occasioni a semplice richiesta della Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni, fornirà ad essa, per il tramite del *broker*, un elenco riepilogativo delle erogazioni delle Assistenze fornite disaggregati per Assistenza e tipologia di prestazione evidenziando, almeno, l'importo richiesto, l'importo liquidato, il numero delle richieste di rimborso nonché il numero delle richieste di rimborso risolte negativamente.



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

CLAUSOLA BROKER

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto, ovvero la collaborazione all'esecuzione dello stesso, al Broker di assicurazione Willis Italia SPA. La remunerazione dello stesso viene fissata nella misura del 4,998% del premio imponibile



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

ART. 1 - ASPETTI GENERALI

La si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente disciplinare, ad erogare al Personale in servizio (in seguito denominato Assistito) dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni, ed ai rispettivi familiari di cui al successivo art. 2 (in seguito denominati Assistiti), contributi economici per i casi di malattia, infortunio e parto, secondo le norme appresso indicate.

ART. 2 - ASSISTITI E OPERATIVITA' DEL DISCIPLINARE

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo art. 4, è prestata a favore degli Assistiti già inseriti nell'Assistenza 1 – Dipendenti; l'inserimento di uno degli Assistiti comporta l'obbligatoria inclusione di tutti gli altri soggetti assistibili inseriti nelle Assistenze 1 o 2.

Per i familiari assistibili, che non sono inseriti nell'Assistenza 1 in quanto fruiscono di “analogia assistenza” come definita nei relativi disciplinari, l'inclusione è facoltativa.

Al superamento del 75° anno di età è fatto obbligo della compilazione di un questionario anamnestico. Il diritto alle prestazioni, ovvero il mantenimento delle stesse, è subordinato all'accettazione da parte della..... che avverrà a mezzo di comunicazione scritta. Ove venissero successivamente accertate omissioni o dichiarazioni non veritiere, queste renderebbero inattivabile il ricorso alle prestazioni della e comporterebbero l'esclusione da ogni diritto al rimborso dei contributi nel frattempo versati.

L'ASSISTENZA E' OPERANTE

- ad integrazione dell'Assistenza 1 – Dipendenti;
- senza limitazioni territoriali;
- senza limiti di età.

Fatta eccezione per l'Assistito e gli Assistiti già aderenti alla previgente copertura collettiva in scadenza il 31/12/2013, per i dipendenti assunti o rientrati da aspettativa con decorrenza successiva al 30/11/2013, nonché per i casi di nascita/adozione/affidamento di un figlio, matrimonio, maturazione del 3° anno di convivenza more uxorio, insorgere di convivenza con parenti o affini entro il 3° grado, venir meno di “analogia assistenza” come sopra definita (purché gli inserimenti vengano effettuati entro i termini previsti dalla convenzione), l'intervento della è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni (31/12/2013) di:



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

- 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, l'assistenza decorre dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assistenza stessa, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo tale data;
- 180 giorni per le malattie che siano la conseguenza di stati patologici diagnosticati o curati anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.

ART. 3 - LIMITI DI ASSISTENZA

I contributi economici di cui all'art. 1 sono erogati, per le prestazioni di cui al presente disciplinare, fino alla concorrenza della complessiva somma annua di € 100.000,00, fermo quanto previsto al successivo art. 4 - PRESTAZIONI, 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 di inserimento in assistenza in corso d'anno, i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

ART. 4 – PRESTAZIONI

A - ELEVAZIONE LIMITI DI ASSISTENZA

I limiti previsti all'art. 3 dell'Assistenza 1 - Dipendenti viene elevato di €100.000,00, fermo restando quanto previsto all'art. 4 - PRESTAZIONI del citato Disciplinare.

B - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Laeroga, nei casi di ricovero con e senza intervento chirurgico per il quale tutte le spese relative al periodo di ricovero sono state a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, 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 per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) sarà pari a € 80,00 fino ad un massimo di 80 giorni anno/nucleo.

C - CONVALESCENZA



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

La eroga, nei casi in cui successivamente ad un ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale vengono prescritti dal medico curante giorni di convalescenza, 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 a € 25,00 giornalieri fino ad un massimo di 15 gg. anno/nucleo.

D - PRESTAZIONI INTEGRATIVE

La rimborsa, entro il limite di € 1.500,00anno/nucleo e di € 500,00pro-capite le seguenti prestazioni:

- onorari medici per visite pediatriche, onorari medici per visite non specialistiche, acquisto di medicinali non mutuabili, con scoperto del 35%;
- cure, estrazioni e protesi dentarie; cure parodontarie e ortodontiche, entro il limite di € 500,00 annui per assistito infermo, con scoperto del 20% fin convenzione diretta e con scoperto pari al 35% fuori convenzione diretta.
- lenti ed occhiali (per modifica del visus o per prima prescrizione – entrambe certificate da medico oculista), per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, entro il limite di € 120,00annui per assistito infermo.

E - PROTESI

La rimborsa, entro il limite di € 1.000,00 anno/nucleo, spese per acquisto e riparazione di protesi acustiche ed oculari con scoperto del 25% con il minimo di € 75,00

F - PRESTAZIONI COMPLEMENTARI

La rimborsa:

1. vitto e pernottamento in Istituto di Cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'assistito infermo entro il limite giornaliero di € 50,00e con un massimo di 30 gg. anno/nucleo;
2. trasporto all'estero e ritorno in caso di intervento per l'assistito infermo ed un eventuale accompagnatore entro il limite massimo di € 1.500,00 per evento.

Le prestazioni di cui ai precedenti punti vengono accordate con uno scoperto per ogni richiesta di rimborso relativa allo stesso ciclo di cura del 25% con il minimo di €75,00.

3. Assistenza infermieristica domiciliare fino a concorrenza di € 50,00 giornalieri e per un massimo di 30 gg. anno/nucleo.



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

G - MEDICINA PREVENTIVA

La sostiene, 1 volta ogni 2 anni e solo presso strutture convenzionate, le spese per il solo Assistito per effettuare i seguenti accertamenti diagnostici:

- **Sesso maschile**
 - visita cardiologica con ECG;
 - RX torace;
 - Accertamento dell'antigene prostatico;
 - Ecografia delle vie urinarie.
- **Sesso femminile**
 - visita cardiologica con ECG;
 - RX torace;
 - Visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap test, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia transvaginale).
- **Indipendentemente dal sesso**
 - esame del sangue comprensivo dei seguenti accertamenti: ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protrombina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES;
 - esame delle urine.

H - INDENNITA' PER MALATTIA GRAVE

La eroga un'indennità una tantum per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di "malattia grave", al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tale evento. L'indennità sarà pari a € 1.500,00, in caso di accadimento, in corso di assistenza, di uno dei gravi eventi definiti al successivo punto "Definizione di malattia grave":

Tale indennità verrà erogata solo qualora l'insorgenza della malattia, comprovata da certificazione medica e cartella clinica, sia successiva alla decorrenza del presente disciplinare (o comunque successiva alla data di inserimento in assistenza dell'assistito infermo) e solo in caso di permanenza in vita dell'assistito infermo alla data della richiesta di rimborso. L'erogazione dell'indennità avverrà una sola volta per ciascuna degli eventi di seguito elencati.

DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE

Sono considerati rimborsabili i casi ascrivibili alle seguenti Malattie Gravi:



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

- **Infarto miocardico acuto:** Coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: a) dolore precordiale; b) alterazioni tipiche all'ECG; c) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.
- **Chirurgia cardiovascolare:** procedure di by-pass aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna); interventi di applicazione di valvola protesica meccanica o biologica;
- **Ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto):** emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio presente anche alla data di richiesta di indennizzo.
- **Tumore:** neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera; limitatamente alla sola garanzia in oggetto vengono esclusi i carcinomi in situ (intendendosi per tali i carcinomi che si sviluppino solo localmente con prognosi favorevole, senza tendenza a metastatizzare, aggredibili con le più semplici tecniche chirurgiche) ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno.
- **Insufficienza renale:** malattia renale irreversibile in dialisi cronica.
- **Trapianto d'organo:** malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: fegato, cuore, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione rilasciata dai centri medici autorizzati al trapianto che attesti la necessità dell'intervento e l'inserimento del soggetto in lista di attesa.

ART. 5 - PRESTAZIONI ESCLUSE

Rimangono escluse dal rimborso le spese per:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico ad eccezione di quella concernente neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente ad intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione);
- i ricoveri durante i quali vengono compiute solamente terapie fisiche e riabilitative che, in relazione allo stato clinico dell'Assistito/i all'atto del ricovero, possono essere effettuate anche in ambulatorio;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'assistito infermo di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza intendendo per tali



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

quelli determinati da condizioni fisiche che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale;

- le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser a eccimeri ad eccezione di quelli effettuati in caso di anisometria superiore a quattro diottrie, o deficit visivo, anche di un singolo occhio, pari o superiore a sei diottrie;
- le prestazioni riconducibili a finalità estetiche (es. visite, trattamenti, ricoveri ambulatoriali, ricoveri in regime di day hospital, etc.);
- cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie salvo quanto previsto all'art. 4 lett. D 2° linea;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assistito/i, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona.

ART. 6 - CRITERI E 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 dalla documentazione attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica e dalle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate ed infine dalla documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso. Le ricevute sanitarie e di spesa devono essere trasmesse in fotocopia sottoscritta per copia conforme all'originale (salvo impegno a produrre i documenti originali su richiesta). Tutta la documentazione dovrà essere in regola con le vigenti disposizioni di legge.

La 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 restituisce, invece, tempo per tempo gli originali della documentazione allegata alle richieste di rimborso rigettate. Periodicamente, e comunque in tempo utile per la presentazione della dichiarazione dei redditi, la trasmette all'Assistito un estratto conto liquidativo contenente il dettaglio delle prestazioni sanitarie liquidate nell'anno precedente.



Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni

La effettua il rimborso dovuto - direttamente all'Assistito anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare - entro il termine di 50 gg. di calendario (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) al netto delle spese postali e di liquidazione pari a € 2,00. Ove, successivamente, il rimborso dovuto risulti inferiore a quello erogato o risulti non dovuto affatto, la provvederà allo storno parziale o totale dell'importo rimborsato.

Inoltre, sul rimborso dovuto, viene effettuato un accantonamento del 10% della somma dovuta. Tale accantonamento verrà riversato all'Assistito, a titolo di integrazione dell'originale rimborso, al termine dell'annualità assistenziale e nella misura consentita dai risultati di gestione.

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, 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.

ART. 7 - CONTROVERSIE

Le controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente disciplinare potranno essere deferite alla decisione di un collegio arbitrale composto da tre arbitri, i cui membri verranno nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato/Assistito. Il collegio si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato/Assistito. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, contribuendo per metà delle spese e delle competenze del terzo arbitro, esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del collegio assunte a maggioranza, sono vincolanti per le parti che rinunciano ad impugnarle salvo i casi di violenza, dolo, errore grave o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

ART. 8 - FORO COMPETENTE

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