



Estratto di polizza

Convenzione Rimborso Spese Mediche 2025

Personale in quiescenza SNFIA

Polizza n. *EMITTENDA*

DEFINIZIONI

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

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

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

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

Contraente: la persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione _ Mutualitas - Viale Bodio, 33 – 20158 Milano codice fiscale 97696750153

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Intervento chirurgico ambulatoriale: l'intervento di chirurgia, effettuato senza ricovero, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia.

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

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

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

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

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

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

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

Nucleo Familiare: il titolare dell'Azienda associata nonché:

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

Patologia preesistente:

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

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Protesi: Dispositivo con carattere anatomico-funzionale usato per sostituire parzialmente o totalmente una parte del corpo umano non più in grado di operare correttamente.

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

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

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

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



Estratto di polizza

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

SIR (Self Insurance Retention): è una soglia sino alla quale i sinistri, pur riconosciuti come indennizzabili, rimangono a carico dell'Assistito. Si veda paragrafo franchigie/scoperti.

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

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

Socio: La persona fisica iscritta a SNFIA che si iscrive a Mutualitas – Società di Mutuo Soccorso

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

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

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

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

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

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1) - Assicurati

La garanzia vale nei confronti dei soci Mutualitas iscritti a SNFIA.

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

Art. 2) - Prestazioni

a. La Società assicura, per gli infortuni e le malattie, fino alla concorrenza del massimale di Euro 170.000,00 elevato a 240.000,00 per interventi chirurgici ad alta specializzazione anno assicurativo e per nucleo familiare, il rimborso delle spese per:

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

- gli onorari del Chirurgo, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; i diritti di sala operatoria, materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- l'assistenza medica e infermieristica, cure – anche omeopatiche-, trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero, medicinali ed esami riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici), onorari medici per visite specialistiche, esami effettuati in Istituto di Cura o ambulatorio nei 150 giorni precedenti il ricovero;
- onorari medici per visite specialistiche, esami, acquisto di medicinali e prodotti omeopatici, prestazioni mediche chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati in Istituto di Cura o ambulatorio nei 150 giorni successivi al ricovero;
- trasporto dell'Assicurato, dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di Euro 2.600,00 per anno e per nucleo familiare;

Relativamente al PARTO CESAREO avvenuto in Istituto di cura, la garanzia s'intende prestata fino al massimo di Euro 10.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare. Nel massimale previsto per il parto cesareo sono comprese le spese per rette di degenza, onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami, assistenza medica e infermieristica, sostenute anche per il neonato.

Relativamente al PARTO NON CESAREO avvenuto in Istituto di cura, la garanzia s'intende prestata fino al massimo di Euro 3.100,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare. Nel massimale previsto per il parto

non cesareo sono comprese le spese per rette di degenza, onorari medici, accertamenti diagnostici, cure, medicinali, esami, assistenza medica e infermieristica, sostenute anche per il neonato.

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

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico di cui al precedente punto a., inoltre:

La Società, nell'ambito del massimale previsto per il caso di ricovero, rimborsa le spese sostenute per:

day hospital - la garanzia ricovero s'intende estesa anche al caso in cui la degenza avvenga in regime di "day hospital" .

Sono comunque escluse le prestazioni relative alle "cure termali" in caso di Day Hospital senza intervento.

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

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

vitto e pernottamento in Istituto di cura di un accompagnatore dell'Assicurato fino alla concorrenza del massimale di Euro 60,00 al giorno con il massimo di Euro 2.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare. In caso di indisponibilità del pernottamento presso l'Istituto di Cura saranno rimborsate (nei limiti previsti) le spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso strutture alberghiere previa dichiarazione del medico attestante la necessità dell'assistenza al malato e dichiarazione di indisponibilità del pernottamento da parte dell'Istituto di Cura.

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

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

disforia di genere: l'estensione è ammessa a sola condizione che la riassegnazione del genere sia provata dal tribunale competente con sentenza effettiva in data successiva alla data di effetto della presente appendice. La garanzia in aggiunta a quanto già previsto dai piani della presente convenzione, è garantita entro un limite massimo di spesa pari ad Euro 15.000,00 per anno/nucleo; che si intende elevato ad Euro 30.000,00 in caso di intervento chirurgico per anno/nucleo. Si precisa che i predetti massimali non prevedono applicazione di franchigie e/o scoperti. Sono ammesse a rimborso anche le spese sostenute nei due anni precedenti alla data della sentenza predetta, fermo restando che sono ammesse le sole spese sostenute successivamente alla data di effetto dal 31.12.2023.

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

Entro il limite di spesa di Euro 15.000,00:

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

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

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

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

- onorari medici per visite specialistiche, purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo;
- noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici;
- accertamenti diagnostici prescritti dal Medico curante;
- agopuntura ed elettro-agopuntura, purché praticati da Medici regolarmente iscritti all'albo;
- infiltrazioni con farmaco effettuate da Medici regolarmente iscritti all'albo;
- chiropratica;
- logopedia;
- osteopatia;
- pranoterapia;
- cure termali;
- per assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal Medico curante, con il limite di Euro 50,00 giornaliero.

Saranno ammesse al risarcimento solo le notule riportanti la diagnosi.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza dei massimali indicati in Euro 2.100,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

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

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

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

Sono coperte le seguenti opzioni:

Uomo: elettrocardiogramma a riposo e da sforzo, RX torace, esami del sangue - emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT, gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine - urine completo, Psa e Psa free, ecografia addome, esame nevi in epiluminescenza, vaccino antinfluenzale, visita cardiologica, visita oculistica, visita pneumologica con esame spirometrico,

visita urologica, esame del sangue occulto, visita otorinolaringoiatrica, visita dermatologica, Moc Rx densitometria ossea, ecocolordoppler, vaccinazioni a scopo profilattico (acquisto e somministrazione), visite mediche/resine nicotiniche/farmaci/agopuntura prescritta dal medico mirati alla disassuefazione tabagica, igiene orale con ablazione del tartaro.

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

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

- ago aspirato;
- amniocentesi/pre-natal safe/harmony test/villocentesi (per donne con età > 35 anni);
- chemioterapia;
- cobaltoterapia;
- diagnostica radiologica;
- dialisi;
- doppler;
- ecografia;
- elettrocardiografia;
- elettroencefalografia;
- esami endoscopici con/senza biopsia;
- laserterapia;
- onde d'urto;
- pet;
- radioterapia;

- risonanza magnetica nucleare;
- scintigrafia;
- tac;
- tekarterapia;
- telecuore;

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata sino ad un massimo di Euro 5.200,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

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

f. l'acquisto di presidi ortopedici e protesi ortopediche e acustiche con il limite di massimale in Euro 1.100,00 (per i presidi ortopedici opera un sottolimito di € 300,00 per anno assicurativo e per nucleo assicurato).

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

h. cure e protesi dentarie: la Società rimborsa, a parziale deroga dell'art. "Esclusioni", le spese sostenute per cure odontoiatriche ed ortodontiche, comprese visite ed esami radiologici, con esclusione delle spese per ablazione tartaro e courettage se effettuate a solo scopo preventivo, acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche fino a concorrenza della somma assicurata pari a € 800,00 da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare. Il rimborso viene effettuato con l'applicazione delle percentuali di scoperto indicate nel relativo quadro sinottico. Nel caso in cui l'assicurato abbia fatto ricorso al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) il ticket viene rimborsato al 100%.

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

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

Art. 3) - Diaria surrogatoria

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

Art. 4) - Neonati

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

Art. 5) - Estensioni di garanzia

Sono incluse nell'assicurazione:

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

La gravidanza è considerata malattia a tutti gli effetti.

Art. 6) – Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione:

- le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
- le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
- infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quelli a scopo ricostruttivo sia da infortunio che a seguito di intervento chirurgico oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;
- le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- le cure e le visite specialistiche relative a malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici (è sempre compresa la prima visita e gli interventi chirurgici correlati);
- gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo), salvo se diversamente indicato nell'Opzione prescelto;

- le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzo, gli interventi preprotetici e di implantologia;
- degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS;
- i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio.

Art. 7) - Persone non assicurabili

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

Art. 8) – Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero

Art. 9) – Sinistri

Denuncia di infortunio o di malattia-Obblighi dell'Assicurato

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Franchigie e scoperti

Per garanzia a. – ricovero con o senza intervento chirurgico:

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

- scoperto 45% con il minimo di Euro 2.000,00 per sinistro.
- Scoperto 45% con il minimo di Euro 1.000,00 per intervento ambulatoriale.

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

- Scoperto 20% con il minimo di Euro 1.000,00

Spese pre-post ricovero:

- Scoperto 45% con il minimo di € 40,00 per sinistro

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

in caso di non utilizzo del network MyRete:

- scoperto del 45% con il minimo di Euro 40,00 per sinistro.

in caso di utilizzo del network MyRete:

- scoperto del 20% con il minimo di Euro 30,00 per sinistro.

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

Per garanzia c. - medicina preventiva:

- scoperto del 25% con il minimo di Euro 26,00.-

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

Per garanzia d. – spese di alta diagnostica:

in caso di non utilizzo del network MyRete:

- scoperto del 40% con il minimo di Euro 25,00 per sinistro.

in caso di utilizzo del network MyRete:

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

Per garanzia h. – cure e protesi dentarie

in caso di non utilizzo del network MyRete:

- scoperto del 30% con il minimo di Euro 100,00 per sinistro.
visita e igiene orale nessuno scoperto.

in caso di utilizzo del network MyRete:

- scoperto del 30%.
visita e igiene orale nessuno scoperto.

Ticket rimborsabili al 100%.

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

SIR - (Self Insurance Retention)

Sulle garanzie prestate si applicheranno le seguenti franchigie S.I.R. (Self Insurance Retention):

➤ **S.I.R. Area Ricovero** (esclusa indennità sostitutiva e Ticket): € 4.000,00

➤ **S.I.R. Alta Diagnostica** (esclusi Ticket): € 200,00

- E' una soglia sino alla quale i sinistri, pur riconosciuti come indennizzabili, rimangono a carico dell'Assistito.
- Si calcola sull'importo rimborsabile dalla copertura. Non risulteranno dunque rimborsabili le spese richieste sino al raggiungimento dell'importo della SIR stessa, da intendere come unica per nucleo familiare e per anno.
- L'applicazione della SIR non consente l'utilizzo della modalità di convenzionamento diretto fintanto che l'importo della SIR non sarà completamente esaurito; una volta che la SIR verrà superata (tramite richieste in modalità rimborsuale) sarà consentito richiedere prestazioni in regime di convenzionamento diretto.
- Per la garanzia Ricovero, è sempre possibile accedere al convenzionamento diretto ma la prestazione sarà a carico dell'assistito fino al raggiungimento della S.I.R. prevista, mentre la parte eccedente sarà versata direttamente dalla Mutua alla struttura sanitaria.

Anticipo indennizzi

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

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

Controversie

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

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

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

Rinuncia al diritto di rivalsa

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

Misure restrittive (Sanctions Limitations and Exclusion Clause)

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

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

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e/o dell'Assicurato relativamente a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, rese in sede di conclusione del Contratto di Assicurazione o dei

successivi rinnovi, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione del Contratto di Assicurazione.

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

Variazione del rischio

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

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

ESTENSIONE AL CONVENZIONAMENTO "MyRete"

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

CONVENZIONE

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

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

IN CASO DI SINISTRO

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

A - SCELTA DELLA STRUTTURA SANITARIA

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

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

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

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

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

La Centrale Operativa comunicherà la conferma dell'avvenuta autorizzazione.

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

Oppure

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

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

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