

**PIANO SANITARIO**  
EDIZIONE ANNO 2017 – 2018  
**(Dirigenti e Keyman)**

Il presente Piano Sanitario ("**Piano Sanitario**") elenca le Prestazioni socio-sanitarie integrative, complementari e/o sostitutive ("**Prestazioni**") al Servizio Sanitario Nazionale che vengono erogate dalla Cassa in favore degli Associati Iscritti e Aventi Diritto, così come previsto dagli Artt. 5,6 dello Statuto.

## **Norme che regolano il Piano Sanitario**

### **Art 1. Adesione**

1.1 L'adesione al presente Piano Sanitario presuppone, in capo all'Associato all'Iscritto e all'Avente Diritto la conoscenza e l'accettazione delle norme dello Statuto e del Regolamento della Cassa, nonché le loro eventuali e successive modifiche.

### **Art 2. Iscrizione**

2.1 L'Associato, all'atto della richiesta di adesione, comunica: (i) il numero dei propri dipendenti, collaboratori, (ii) nonché soggetti che appartengono in qualità di Associati e/o iscritti alla propria realtà i quali assumono congiuntamente la qualifica di "Iscritti".

### **Art 3. Contributi**

3.1 Gli Iscritti possono accedere alle Prestazioni del presente Piano Sanitario attraverso il versamento dei contributi determinati dai singoli pacchetti di cui al successivo Art. 5 del presente Piano Sanitario.

### **Art 4. Aventi Diritto – Nucleo Familiare**

4.1 Le Prestazioni di cui al presente Piano Sanitario sono previste anche in favore del Nucleo Familiare dell'Iscritto, così come definiti all'Art. 2 del Regolamento della Cassa.

4.2 I componenti del Nucleo Familiare quali Aventi Diritto alle Prestazioni sono i seguenti familiari:

- a) coniuge (fiscalmente e non fiscalmente a carico), convivente more uxorio, figli fiscalmente a carico, anche non conviventi;
- b) figli fiscalmente a carico e non, purché conviventi (fino al 26° anno di età) (se conviventi tutti risultanti dal certificato anagrafico di stato di famiglia dell'Associato rilasciato dal comune di residenza dello stesso).

La documentazione attestante il diritto alla Prestazione dovrà essere:

- Certificato di stato di famiglia con indicazione del grado di parentela (autocertificazione uso assegni familiari). In sostituzione a tale certificazione, è consentita la possibilità di autocertificare che l'Avente Diritto, per cui viene richiesta la prestazione, è ricompreso nella categoria degli Aventi Diritto previsti nel presente articolo.

Per i figli di età superiore ai 18 anni (oltre al documento precedente):

- Certificato di studio per i figli studenti, oppure indicazione del carico fiscale.

In entrambi i casi, per i figli adottivi occorre copia della sentenza esecutiva di adozione rilasciato dalle competenti autorità.

La Cassa si riserva la facoltà di effettuare controlli periodici sulla veridicità dei dati inseriti.

### **Art 5. Prestazioni**

5.1 La Cassa, per l'erogazione delle Prestazioni, si avvale di un gestore terzo, nello specifico di una Compagnia di assicurazione.

5.2 Qui di seguito si elencano le Prestazioni che compongono il Piano Sanitario a disposizione degli Iscritti.

**Opzioni Dirigenti1 - Copertura integrativa**

<b>PRESTAZIONI OSPEDALIERE</b>	
Ricovero con/senza intervento chirurgico Day Hospital con/senza intervento chirurgico, Intervento chirurgico Ambulatoriale Massimale	Massimale fuori rete: € 300.000 Massimale in rete: € 500,000
Condizioni Spese precedenti/posteriori il ricovero o l'intervento chirurgico Sotto massimali nell'ambito del massimale generale:	da integrativa Riconosciute nei 90 giorni precedenti nei 90 giorni successivi il ricovero o l'intervento da integrativa
Terapie	Fino ad € 5.000,00
Parto Fisiologico	Fino ad € 3.000,00
Parto Cesareo / Aborto terapeutico	Fino ad € 6.000,00
Chirurgia refrattiva	Rimborso delle spese fino ad un massimo di € 1.500,00 per occhio (no scoperti/franchigie)
Limite di importo rimborsabile per rette di degenza (solo fuori rete)	Nessun sottolimito
Retta di degenza dell'accompagnatore	€ 75,00 giornalieri per una durata massima di 50 giorni (no scoperti/franchigie)
Spese per trasporto dell'Assicurato verso e da istituto di cura	Rimborso delle spese sostenute entro il massimale annuo di € 3.000,00 (no scoperti/franchigie)
Spese per rimpatrio della salma	Rimborso delle spese sostenute entro il massimale annuo di € 3.000,00 (no scoperti/franchigie)
Indennità Sostitutiva delle spese sostenute	€ 120,00 giornaliera per un periodo massimo di 100 giorni
Spese precedenti/successive l'indennità sostitutiva	Riconosciute integralmente nei 90 giorni precedenti e nei 90 successivi
Ticket sulle prestazioni coperte	Rimborso del 100% della spesa sostenuta
<b>PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE</b>	
<b>Alta Diagnostica</b> Massimale annuo	€ 8.000,00
Condizioni	da integrativa
<b>Visite specialistiche/Accertamenti/Analisi laboratorio</b> Massimale annuo generale	€ 3.000,00
Condizioni	da integrativa
- Assistenza infermieristica domiciliare (sotto massimale nell'ambito del massimale annuo generale)	Rimborso delle spese sostenute con il limite giornaliero di € 50,00, entro il massimale annuo di € 1.000,00
- fisioterapia	entro limite di spesa massimale annuo
- agopuntura	entro limite di spesa massimale annuo
- logopedia	entro limite di spesa massimale annuo
<b>Trattamenti fisioterapici e riabilitativi conseguenti ad infortunio</b> Massimale	€ 2.500,00
<b>Lenti/occhiali</b>	<b>NON INCLUSO</b>
<b>Prevenzione dentaria</b>	1 ablazione ad anno per nucleo (inclusa visita) in rete I membri del nucleo familiare possono beneficiare di tariffe agevolate
<b>Cure dentarie conseguenti ad infortunio</b> Massimale annuo	€ 4.000,00
<b>Cure dentarie conseguenti a malattia</b> Massimale annuo	€ 1.500,00
Condizioni	da integrativa
<b>Ticket sulle prestazioni coperte</b>	Rimborso del 100% della spesa sostenuta

**Opzioni Dirigenti 2 - Copertura integrativa**

<b>PRESTAZIONI OSPEDALIERE</b>	
Ricovero con/senza intervento chirurgico Day Hospital con/senza intervento chirurgico, Intervento chirurgico Ambulatoriale Massimale	fuori rete (assistenza indiretta): € 500.000,00 in rete (assistenza diretta): € 1.000.000,00 da integrativa
Condizioni Spese precedenti/posteriori il ricovero o l'intervento chirurgico Sotto massimali nell'ambito del massimale generale:	Riconosciute nei 120 giorni precedenti nei 120 giorni successivi il ricovero o l'intervento da integrativa
Terapie	Fino ad € 5.000,00
Parto Fisiologico	Fino ad € 5.000,00
Parto Cesareo / Aborto terapeutico	Fino ad € 8.000,00
Chirurgia refrattiva	Rimborso delle spese fino ad un massimo di € 1.500,00 per occhio (no scoperti/franchigie)
Limite di importo rimborsabile per rette di degenza (solo fuori rete in assistenza indiretta)	Nessun sottolimito
Retta di degenza dell'accompagnatore	€ 100,00 giornalieri per una durata massima di 50 giorni (no scoperti/franchigie)
Spese per trasporto dell'Assicurato verso e da istituto di cura	Rimborso delle spese sostenute entro il massimale annuo di € 3.000,00 (no scoperti/franchigie)
Spese per rimpatrio della salma	Rimborso delle spese sostenute entro il massimale annuo di € 3.000,00 (no scoperti/franchigie)
Indennità Sostitutiva delle spese sostenute	€ 150,00 giornaliera per periodo massimo 100 giorni
Spese precedenti/successive l'indennità sostitutiva	Riconosciute integralmente nei 120 giorni precedenti e nei 120 successivi da integrativa
Ticket sulle prestazioni coperte	Rimborso del 100% della spesa sostenuta
<b>PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE</b>	
<b>Alta Diagnostica</b> Massimale annuo	€ 10.000,00
Condizioni	da integrativa
<b>Visite specialistiche/Accertamenti/Analisi di laboratorio</b> Massimale annuo generale	€ 4.000,00
Condizioni	da integrativa
- assistenza infermieristica domiciliare (sotto massimale nell'ambito del massimale annuo generale)	Rimborso spese sostenute con limite giornaliero di € 50,00, entro il massimale annuo di € 1.000,00
- fisioterapia	entro limite di spesa massimale annuo
- agopuntura	entro limite di spesa massimale annuo
- logopedia	entro limite di spesa massimale annuo
<b>Trattamenti fisioterapici e riabilitativi conseguenti ad infortunio</b> Massimale	€ 2.500,00
<b>Lenti/occhiali</b> Massimale	€ 400,00
Condizioni	Da integrativa
<b>Prevenzione dentaria</b>	1 ablazione all'anno per nucleo (inclusa visita) in rete membri nucleo familiare possono avere tariffe agevolate
<b>Cure dentarie conseguenti ad infortunio</b> Massimale annuo	€ 4.000,00
<b>Cure dentarie conseguenti a malattia</b> Massimale annuo	€ 2.000,00
Condizioni	da integrativa
<b>Ticket sulle prestazioni coperte</b>	Rimborso del 100% della spesa sostenuta

**Opzioni Dirigenti e Keymen 1 - Coperture complete**

<b>PRESTAZIONI OSPEDALIERE</b>	
Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza intervento chirurgico, Intervento chirurgico ambulatoriale Massimale generale annuo	Massimale fuori rete: € 500.000,00 Massimale in rete: € 1.000.000,00 rimborso integrale delle spese sostenute
In rete (assistenza diretta) Fuori rete (assistenza indiretta)	Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 10% con l'importo massimo di € 500,00
Spese precedenti/posteriori il ricovero o l'intervento chirurgico	Riconosciute nei 100 giorni precedenti e 100 successivi
Sotto massimali nell'ambito del massimale generale: Terapie	Fino ad € 5.000,00 (no scoperti/franchigie)
Parto Fisiologico	Fino ad € 5.000,00 (no scoperti/franchigie)
Parto Cesareo / Aborto terapeutico	Fino ad € 10.000,00 (no scoperti/franchigie)
Chirurgia refrattiva	Rimborso delle spese fino ad un massimo di € 1.500,00 per occhio (no scoperti/franchigie)
Limite importo rimborsabile per rette degenza (solo fuori rete)	Nessun limite
Retta di degenza dell'accompagnatore	€ 100,00 giornalieri per una durata massima di 40 giorni (no scoperti/franchigie)
Spese per trasporto dell'Assicurato verso e da istituto di cura	Rimborso delle spese sostenute entro il massimale annuo di € 3.000,00 (no scoperti/franchigie)
Spese per rimpatrio della salma	Rimborso delle spese sostenute entro il massimale annuo di € 3.000,00 (no scoperti/franchigie)
Indennità Sostitutiva delle spese sostenute	€ 150,00 giornaliera per un periodo massimo di 100 giorni
Spese precedenti/successive l'indennità sostitutiva	riconosciute integralmente nei 100 giorni precedenti e successivi
Ticket sulle prestazioni coperte	Rimborso del 100% della spesa sostenuta
<b>PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE</b>	
<b>Alta Diagnostica</b> Massimale annuo Condizioni	€ 8.000,00 Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 20% con l'importo minimo di € 50,00
<b>Visite specialistiche/Accertamenti/Analisi di laboratorio</b> Massimale generale annuo Condizioni	€ 3.000,00 Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 20% con l'importo minimo di € 50,00
-Medicinali (sottomassimale del massimale annuo generale) - Assistenza infermieristica domiciliare (sottomassimale nell'ambito del massimale annuo generale) -fisioterapia (entro il limite di spesa del massimale annuo) -agopuntura (entro il limite di spesa del massimale annuo) -logopedia (entro il limite di spesa del massimale annuo)	Rimborso spese sostenute entro il massimale annuo di € 250,00 Rimborso delle spese sostenute con il limite giornaliero di € 50,00, entro il massimale annuo di € 1.500,00 Rimborso delle spese entro il massimale generale Rimborso delle spese entro il massimale generale Rimborso delle spese entro il massimale generale
<b>Trattamenti fisioterapici ed riabilitativi conseguenti ad infortunio</b> Massimale	€ 2.500,00
<b>Lenti/occhiali</b> Massimale Condizioni	€ 500,00 Rimborso delle spese sostenute con applicazione di una franchigia fissa di € 50,00
<b>Prevenzione dentaria</b>	Un'ablazione all'anno per nucleo (inclusa la visita) in rete membri nucleo familiare possono avere tariffe agevolate
<b>Cure dentarie conseguenti ad infortunio</b> Massimale	€ 4.000,00
<b>Cure dentarie conseguenti a malattia</b> Massimale Condizioni	€ 2.500 Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 20% con l'importo minimo di € 150,00
<b>Ticket sulle prestazioni coperte</b>	Rimborso del 100% della spesa sostenuta

## **Art. 6 Decorrenza delle Prestazioni**

6.1 La decorrenza delle Prestazioni coincide con l'attivazione del pacchetto assicurativo da parte della Compagnia di Assicurazione ("**gestore delle prestazioni**"). La durata è di 365 giorni.

## **Art. 7 Attivazione delle Prestazioni**

7.1 Per richiedere le Prestazioni l'Iscritto o l'Avente Diritto devono darne avviso scritto al gestore delle prestazioni, oppure alla Cassa stessa, quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui l'Iscritto o l'Avente Diritto ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile l'Iscritto o l'Avente Diritto è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di Istituti di cura e di medici convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la richiesta delle Prestazioni.

7.2 L'Iscritto o l'Avente Diritto deve presentare la documentazione medica a chiusura della richiesta di Prestazioni entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza del Programma di Assistenza. L'inadempimento di tale obbligo potrebbe comportare la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni.

7.3 L'Iscritto o l'Avente Diritto deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Cassa o del gestore delle prestazioni, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

7.4 Nel caso in cui l'Iscritto o l'Avente Diritto si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del sinistro in fotocopia, il gestore delle prestazioni o la Cassa si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

## **Art. 8 Modalità di attivazione delle Prestazioni nel caso ci si avvalga di istituti di cura convenzionati**

8.1 La Cassa, per la richiesta delle Prestazioni, mette a disposizione degli Iscritti e Aventi Diritto un servizio di Contact Center dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità; - 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

8.2 L'Iscritto o l'Avente Diritto che ritenga di avvalersi di Istituti di cura convenzionati prima di accedere alla struttura sanitaria e comunque con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi deve darne sempre notizia alla Centrale operativa ai seguenti numeri telefonici:  
dall'Italia : 800.060.304

dall'estero : +39.011.742.56.82

- 8.3 Poiché gli accordi con i medici chirurgici e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che l'Isritto o l'Avente Diritto acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite del Contact Center, in mancanza del quale il servizio non è operante.

## **Art. 9 Modalità di erogazione delle Prestazioni nel caso ci si avvalga di istituti di cura non convenzionati**

### Spese sostenute durante il ricovero, l'intervento chirurgico senza ricovero o il day hospital

- 9.1 Utilizzo di Istituti di cura e medici convenzionati (assistenza diretta) Il pagamento che viene effettuato dal gestore delle prestazioni, ad istituti di cura o medici convenzionati, solleverà la Cassa stessa o il gestore delle prestazioni, nei loro confronti e nei confronti dell'Isritto o Avente Diritto, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Cassa o il gestore di prestazioni abbia già corrisposto. Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Cassa o del gestore di prestazioni a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell' Isritto o Avente Diritto.
- 9.2 Utilizzo di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati e utilizzo di Istituti di cura e medici non convenzionati (assistenza indiretta). Il gestore delle prestazioni effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto dovuto dietro presentazione, unitamente al modulo di richiesta di rimborso, degli originali o delle fotocopie delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali accompagnate dalla documentazione medica giustificativa quale: a) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital; b) certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso garanzie extraospedaliere; c) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale; d) referto del Pronto Soccorso o altra documentazione oggettiva, in caso di infortunio.
- 9.3 La documentazione deve essere intestata all'Isritto o Avente Diritto: il **rimborso avviene in ogni caso a favore dell'Isritto**. Le Prestazioni devono essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere, fisioterapista), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico. L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un Istituto di cura, di uno studio medico o di un medico specialista. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. Sono comunque escluse dal rimborso le spese relative a Prestazioni di routine e/o controllo. In caso di più ricoveri per la medesima patologia effettuati a breve distanza di tempo.
- 9.4 Il gestore delle prestazioni può richiedere, per le degenze successive al primo ricovero, una relazione clinica specialistica che lo documenti. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.
- 9.5 Le Prestazioni relative a ricoveri in struttura privata senza intervento e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto



(c.d. "ricoveri impropri") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito e nei termini di cui al punto "Specialistiche Extraospedaliere" Definita la Prestazione il gestore delle prestazioni o la Cassa restituisce, qualora siano stati inviati gli originali, i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

- 9.6 Qualora l' Iscritto o Avente Diritto abbia presentato a terzi le notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.
- 9.7 Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (assistenza indiretta) Nel caso in cui l' Iscritto o Avente Diritto richieda il rimborso delle spese, questo avverrà con le modalità previste dal precedente art. 9.2 del presente articolo.
- 9.8 Nel caso in cui l' Iscritto o Avente Diritto richieda la corresponsione del rimborso, egli dovrà far pervenire direttamente al gestore di prestazioni la copia conforme della cartella clinica completa; inoltre, se richiesto, dovrà fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici. Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per l'indennità sostitutiva relativa a ricoveri sostenuti all'estero.
- 9.9 Le spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero Il rimborso viene effettuato secondo quanto previsto al precedente art. 9.2. se in regime indiretto, secondo quanto previsto al precedente art. 9.1, se in regime diretto.