ASSIDIM

ASSISTENZA SANITARIA 2025 – FIO Opzione N

NUCLEO	
	La garanzia opera nei confronti (...) dei soci delle Associazioni aderenti a d ASSIDIM. La garanzia è inoltre estesa ai rispettivi coniugi; ai figli se conviventi da stato di famiglia, se non conviventi purchè fiscalmente a carico, oppure se vi è l'obbligo di mantenimento; figli del coniuge o convivente purché risultante da stato di famiglia ad altri familiari purchè risultanti da stato di famiglia. E' equiparato al coniuge il convivente more-uxorio, purchè risultante dallo stato di famiglia o da apposita autocertificazione. E' inoltre possibile garantire anche i coniugi legalmente separati o divorziati, purchè vi sia l'obbligo di copertura assicurativa (con sentenza del giudice); in tale circostanza non è ammessa la copertura nei confronti della persona convivente. LIMITE D'ETÀ: 85 anni – LIMITE DI PRIMO INGRESSO: 79 anni LIMITI TERRITORIALI: Mondo Intero

AREA RICOVERO (vedasi anche sez. MyRete)	PRESTAZIONI SANITARIE	MASSIMALI ANNO/NUCLEO
	Ricovero in Istituto di cura e day hospital con intervento chirurgico, interventi ambulatoriali: Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento; assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami post-intervento, durante il ricovero; rette di degenza; accertamenti diagnostici effettuati fino a 120 giorni prima del ricovero; Esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse carrozzelle ortopediche), riguardanti il periodo post ricovero, cure termali (escluse spese alberghiere) rese necessarie dall'intervento chirurgico, effettuate nei 150 giorni successivi al ricovero. Prelievo di organi o parte di essi: ricovero del donatore, accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza. Ricovero in Istituto di cura, ambulatorio o in regime di day hospital, che non comporti intervento chirurgico: Rette di degenza, accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure (escluse fisioterapiche), medicinali riguardanti il periodo di ricovero; Accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati fuori dall'istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero e/o la degenza e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero; Esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 150 giorni successivi al termine del ricovero e/o la degenza purchè direttamente conseguenti all'evento che ha causato il ricovero	€ 105.000,00 (aumentato ad € 155.000 in caso di Grandi Interventi Chirurgici) Franchigie per prestazioni effettuate in convenzionamento: • Scoperto 5% con min. € 500,00; • Scoperto 5% per Interventi ambulatoriali e rette di vitto/pernottamento accompagnatore in rete convenzionata • Scoperto 20% in caso di spesa uguale o superiore ad € 25.000 Franchigie e scoperti per prestazioni effettuate fuori convenzionamento: • Ricoveri con/senza intervento, Day Hospital con intervento chirurgico: Scoperto 30% con il minimo di € 2.000,00 e retta di degenza max. 300 € al gg. • Day Hospital senza intervento: Scoperto 15% con min. € 750,00 e max. € 2.000,00. • Interventi ambulatoriali: scoperto 5% con minimo € 250,00. Spese pre e post ricovero avvenuto a carico del SSN: Scoperto del 20% senza distinzione tra utilizzo della rete convenzionata o meno.
	Trasporto dell'assistito in ambulanza all'istituto di cura e viceversa, nonché, in caso di intervento chirurgico, dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea.	Sottolimite spese trasporto € 1.800 *Scoperto vd sopra*
	Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato. Valida solo in caso di ricovero con intervento chirurgico.	Sottolimite spese accompagnatore € 70,00 al giorno con un massimo di 30 gg *Scoperto vd sopra*
	Parto Relativamente ai ricoveri per parto sono previste anche le rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti per il neonato.	Parto Naturale: massimale di ricovero Parto Cesareo: Sottolimite € 8.000,00 con retta di degenza max. € 300,00 al giorno *Scoperto vd sopra*
	Rimpatrio della salma per decesso conseguente a intervento chirurgico	€ 775,00 Scoperto 5%
	Indennità sostitutiva – riconosciuta se tutte le spese, esclusi i "tickets" e le spese pre e post ricovero, sono a totale carico del SSN.	Sottolimite crioconservazione € 1.000,00 Scoperto 50% per sinistro

I dati riportati rappresentano semplicemente i punti salienti della convenzione assicurativa e non costituiscono quindi in alcun modo elemento vincolante ai fini della garanzia per la quale fa testo unicamente la convenzione assicurativa.

	PRESTAZIONI SANITARIE	MASSIMALI ANNO/NUCLEO
AREA EXTRA RICOVERO	Spese di alta diagnostica Agopuntura (se effettuata da medico), Amniocentesi, Angiografia, Arteriografia, Cistografia, Coronarografia, Chemioterapia, Cobaltoterapia, Diagnostica radiologica, Dialisi, Doppler, Ecografia, Elettrocardiografia, Endoscopia (tutti gli esami di tipo invasivo), Elettroencefalografia, HOLTER (=Elettrocardiogramma Dinamico), Isterografia, Laserterapia, Mammografia, MOC, Risonanza magnetica nucleare, Scintigrafia, TAC, Telecuore, Urografia.	€ 2.600,00 In rete convenzionata: Scoperto 5% con minimo € 30,00 Fuori convenzionamento: Scoperto 30% con minimo € 50,00
	Acquisto di protesi ortopediche la Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e acustiche.	€ € 1.100,00 Franchigia fissa € 26,00 per evento
PREVENZIONE	Medicina Preventiva: Donna: mammografia, paptest, elettrocardiogramma a riposo e da sforzo, esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES. Uomo: elettrocardiogramma a riposo e da sforzo, RX torace, esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES.	€ 250,00 nucleo/anno In rete convenzionata: € 30,00 Fuori convenzionamento: scoperto 25%, minimo € 26,00 per sinistro
LTC	Garanzia Long Term Care Opera in caso di incapacità del caponucleo a svolgere almeno 4 delle seguenti attività: muoversi nella stanza – alzarsi e mettersi a letto – vestirsi e svestirsi – bere e nutrirsi – mantenere l'igiene personale – svolgere le funzioni fisiologiche.	€ 6.500 Rendita annua immediata, anticipata, rivalutabile per una durata massima di 3 anni – erogata con rateizzazione mensile
MY RETE	Convenzionamento MYRETE (elenco centri convenzionati su www.myrete.it, ed operatività nell'area riservata di www.assistitiassidim.it) Il convenzionamento MyRete consente il pagamento diretto da parte della Cassa nel caso in cui le cliniche e le équipe mediche siano convenzionate. Il convenzionamento è operativo nei casi di ricovero con/senza intervento chirurgico, parto, day hospital, spese di alta diagnostica, visite specialistiche, esami diagnostici, cure e protesi dentarie, medicina preventiva (esclusi gli esami di laboratorio) Per attivare un convenzionamento diretto è necessario accedere all' area riservata del sito www.assistitiassidim.it e selezionare "Richiedi un convenzionamento". Il Convenzionamento è operativo solo in Italia.	
EAP	EAP Employee Assistance Program • Supporto psicologico a distanza h24/ 7 per il solo dipendente – accesso illimitato • Consulenza socio assistenziale, legale e fiscale Numero telefonico dall'Italia 800.13.47.69 oppure attraverso il sito www.assistitiassidim.it	

Rimborsi:
I documenti comprovanti le spese sostenute devono essere accompagnati da una diagnosi o riportare la dicitura «medicina preventiva» per le prestazioni indicate nel riquadro dedicato. Tutte le richieste devono essere accompagnate da prescrizione medica.

I dati riportati rappresentano semplicemente i punti salienti della convenzione assicurativa e non costituiscono quindi in alcun modo elemento vincolante ai fini della garanzia per la quale fa testo unicamente la convenzione assicurativa.

SERVIZI ASSISTENZIALI

VIRTUAL HOSPITAL

Virtual Hospital

A portata di click l'utente ha la possibilità di prendersi cura della propria salute.

Le prestazioni incluse sono:
- Teleconsulto specialistico (max 8 televisite specialistiche tra quelle disponibili nella piattaforma online)
- Documenti digitali
- Teleconsulto generico (h24, 7gg/7)
- Tariffe agevolate per prestazioni mediche presso il network convenzionato

Le seguenti prestazioni sono fornite a seguito di infortunio o malattia massimo 3 volte per tipologia ed anno assicurativo:

- Invio di medico generico (Qualora l'Assistito richieda una visita medica presso la propria residenza nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico presso la residenza)
- Consegna farmaci (Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, certificati da prescrizione medica, necessiti di assumere farmaci - la Centrale Operativa per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna di medicinali non salvavita)
- Second Opinion (Rivolta all'Assistito affetto da una grave alterazione dello stato di salute per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e ritenga opportuno richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica)
- Segnalazione di un infermiere (Su richiesta dell'Assistito, la Centrale Operativa provvederà a segnalare i recapiti di personale infermieristico, e/o ad inviare un infermiere presso la sua residenza, sulla base delle proprie disponibilità. Il costo della prestazione infermieristica resterà a carico dell'Assistito)

Per beneficiare del servizio occorre che l'utente si registri su:
www.qurakare.com inserendo:
- un nome utente e una password
- inserisca il codice PIN,che ciascun assistito po' trovare all'interno della sua area riservata: https://www.assistitiassidim.it/account/login in corrispondenza del box «Richiedi un convenzionamento»

CAROL HEALTH

Carol Health
Il tuo medico di medicina generale sempre disponibile. Carol è un provider di servizi di telemedicina autorizzato dall'SSN come ambulatorio virtuale di medicina generale in regime privato.
Il servizio comprende:
- Videoconsulti di medicina generale: Scegli giorno e orario e prenota la tua televisita, oppure effettua un consulto immediato con il primo medico disponibile.
- Prescrizione elettronica: Scegli il farmaco o l'esame e indica perché lo stai richiedendo. Il medico ti chiederà maggiori informazioni e ti invierà la ricetta.
- Estensione a familiari e figli: Nel team Carol sono presenti anche pediatri, puoi estendere gratuitamente l'utilizzo di Carol fino a 5 familiari del tuo nucleo.
- Consulti via chat: Il servizio di messaggistica in-app ti dà la possibilità di scrivere ai nostri medici per avere indicazioni nel caso di un problema.

Per accedere devi scaricare dallo smartphone il servizio sulle seguenti APP
- Android: https://play.google.com/store/apps/details?id=health.carol.app
- Apple: https://apps.apple.com/us/app/carol/id1635602520

- Apri l'App e clicca su registrati ora
- Inserisci il codice ASSIDIM0156 ed il tuo codice fiscale
- Attiva il tuo account e completa l'onboarding

I dati riportati rappresentano semplicemente i punti salienti della convenzione assicurativa e non costituiscono quindi in alcun modo elemento vincolante ai fini della garanzia per la quale fa testo unicamente la convenzione assicurativa.

EDUCAZIONE ALLA SALUTE E ALLA PREVENZIONE

STATUTO ASSIDIM - ARTICOLO 4 - FINALITÀ
"L'Associazione non ha finalità di lucro ed è costituita per:
a) …
b) diffondere la cultura sanitaria e assistenziale nonché l'importanza di curare adeguatamente la salute, la prevenzione e il benessere in un'ottica di accessibilità, mutualità e sostenibilità… nell'interesse degli Associati… e in favore dei Beneficiari…" : https://www.assidim.it/statuto/

PREVENZIONE E MEDICINA PREVENTIVA
Le prestazioni dedicate sono specificamente indicate in uno spazio precedente di questo documento.

ALTRE INIZIATIVE
- Rubriche editoriali su blog, in particolare su prevenzione, stili di vita e well-being, realizzate in collaborazione con primarie università, strutture sanitarie e società di consulenza: https://www.assidim.it/blog/;
- indagini con i beneficiari delle prestazioni per conoscere i loro bisogni delle persone e ottimizzare conseguentemente le nostre soluzioni assistenziali;
- webinar periodici sui nostri servizi associativi e le principali novità.

I dati riportati rappresentano semplicemente i punti salienti della convenzione assicurativa e non costituiscono quindi in alcun modo elemento vincolante ai fini della garanzia per la quale fa testo unicamente la convenzione assicurativa.

GUIDA ALLA CONVENZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE
CONDIZIONI VALIDE DAL 31/12/2025 AL 31/12/2026

CONTRAENTE ASSIDIM
ASSOCIATA FIO - Fondo Integr. SSN Odontoiatria
OPZIONE N

I dati riportati nella presente Guida rappresentano i punti di interesse dell'Assicurato, inerenti alla copertura contratta da ASSIDIM con il Mercato Assicurativo per garantire le prestazioni offerte alle persone sotto indicate, e che resta elemento vincolante ai fini della garanzia. Le coperture sono operanti nei limiti contrattuali per i nominativi segnalati espressamente ad ASSIDIM tramite FIO - Fondo Integr. SSN Odontoiatria nelle modalità previste e solo nel caso i rispettivi contributi associativi siano stati regolarmente versati.

GARANZIE, MASSIMALI e LIMITI

GARANZIE		MASSIMALI per ANNO e per NUCLEO
AREA RICOVERO	La Società assicura, per gli infortuni e le malattie, compresa gravidanza, parto, puerperio e aborto terapeutico, fino alla concorrenza dei massimali indicati, le seguenti garanzie.	
	In caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio, anche in regime di day hospital, che comporti intervento chirurgico, parto cesareo e aborto terapeutico: 1. Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento); 2. Assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero; 3. Rette di degenza; 4. Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dall'istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero; 5. Esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 150 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico. 6. Trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'istituto di cura e viceversa, nonché, in caso di intevento chirurgico, per trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea. 7. In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma. 8. Prelievo di organi o parte di essi. Ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;	€ 105.000,00 (aumentato ad € 155.000 in caso di Grandi Interventi Chirurgici) Franchigie per prestazioni effettuate in convenzionamento: • Scoperto 5% con min. € 500,00; • Scoperto 5% per Interventi ambulatoriali e rette di vitto/pernottamento accompagnatore in rete convenzionata • Scoperto 20% in caso di spesa uguale o superiore ad € 25.000 Franchigie e scoperti per prestazioni effettuate fuori convenzionamento: • Ricoveri con/senza intervento, Day Hospital con intervento chirurgico: Scoperto 30% con il minimo di € 2.000,00 e retta di degenza max.300 € al gg. • Day Hospital senza intervento: Scoperto 15% con min. € 750,00 e max. € 2.000,00. • Interventi ambulatoriali: scoperto 5% con minimo € 250,00. Spese pre e post ricovero avvenuto a carico del SSN: Scoperto del 20% senza distinzione tra utilizzo della rete convenzionata o meno.
	In caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio, anche in regime di day hospital, che non comporti intervento chirurgico: 1. Rette di degenza, accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure (escluse le fisioterapiche e termali ma comprese le cure, applicazioni e terapie dovute a malattie oncologiche, se effettuate in regime di day hospital), medicinali riguardanti il periodo di ricovero; 2. Accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati fuori dall'istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero e/o la degenza e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero; 3. Esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 150 giorni successivi al termine del ricovero e/o la degenza purchè direttamente conseguenti all'evento che ha causato il ricovero.	
	Trasporto dell'assistito in ambulanza all'istituto di cura e viceversa, nonché, in caso di intervento chirurgico, dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea.	Sottolimite spese trasporto € 1.800 *Scoperto vd sopra*
	Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato. Valida solo in caso di ricovero con intervento chirurgico.	Sottolimite spese accompagnatore € 70,00 al giorno con un massimo di 30 gg *Scoperto vd sopra*

	Parto Relativamente ai ricoveri per parto sono previste anche le rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti per il neonato.	Parto Naturale: massimale di ricovero Parto Cesareo: Sottolimite € 8.000,00 con retta di degenza max. € 300,00 al giorno *Scoperto vd sopra*
	Rimpatrio della salma per decesso conseguente a intervento chirurgico	€ 775,00 Scoperto 5%
	Indennità sostitutiva – riconosciuta se tutte le spese, esclusi i "tickets" e le spese pre e post ricovero, sono a totale carico del SSN.	€ 100 per pernottamento max. 150 giorni, € 26 in caso di Day hospital.
AREA EXTRA RICOVERO	Spese di alta diagnostica Agopuntura (se effettuata da medico), Amniocentesi, Angiografia, Arteriografia, Cistografia, Coronarografia, Chemioterapia, Cobaltoterapia, Diagnostica radiologica, Dialisi, Doppler, Ecografia, Elettrocardiografia, Endoscopia (tutti gli esami di tipo invasivo), Elettroencefalografia, HOLTER (=Elettrocardiogramma Dinamico), Isterografia, Laserterapia, Mammografia, MOC, Risonanza magnetica nucleare, Scintigrafia, TAC, Telecuore, Urografia.	€ 2.600,00 In rete convenzionata: Scoperto 5% con minimo € 30,00 Fuori convenzionamento: Scoperto 30% con minimo € 50,00
	Protesi ortopediche: la Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e acustiche.	€ 1.100,00 Franchigia fissa € 26,00 per evento
PREVENZIONE	Medicina Preventiva: Donna: mammografia, paptest, elettrocardiogramma a riposo e da sforzo, esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES. Uomo: elettrocardiogramma a riposo e da sforzo, RX torace, esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES.	€ 250,00 nucleo/anno In rete convenzionata: € 30,00 Fuori convenzionamento: scoperto 25%, minimo € 26,00 per sinistro

DEFINIZIONI

ASSICURATI	La garanzia opererà nei confronti dei Soci delle Aziende/Associazioni aderenti ad Assdim. La garanzia inoltre è estesa ai rispettivi coniugi, ai figli se conviventi da stato di famiglia, se non conviventi purché fiscalmente a carico (sia dell'assicurato, sia del coniuge o convivente more uxorio), oppure se vi è l'obbligo di mantenimento; ad altri familiari purché risultanti da stato di famiglia. È equiparato al coniuge il convivente more uxorio anche dello stesso sesso, purché risultante da certificato di residenza o da autocertificazione di convivenza. E' inoltre possibile garantire i coniugi legalmente separati o divorziati, purché vi sia l'obbligo di copertura assicurativa (con sentenza del giudice); in tal caso non è ammessa la copertura nei confronti della persona convivente.
ESTENSIONI DI GARANZIA	Sono incluse nell'assicurazione: le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alia 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 alia stipulazione del contratto, fermo quanto previsto dal successivo art. 3) del presente allegato. La gravidanza e considerata malattia a tutti gli effetti.
LIMITI DI PRESTAZIONI ED ESCLUSIONI	L'assicurazione vale altresì durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni; è invece sospesa durante il servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazioni o per motivi di carattere eccezionale e riprende in vigore non appena cessate le suddette cause di sospensione. Sono esclusi dall'assicurazione: le intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo, in quest'ultimo caso, la somministrazione terapeutica), allucinogeni e simili; infortuni sofferti in stato di ubriachezza alia guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose; le conseguenze derivanti da guerra, insurrezioni, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'assicurato abbia preso parte volontariamente; le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti; le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia stomatologica e plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio); le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, intendendosi per tali l'alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente (con visita medica) o strumentalmente (con accertamenti diagnostici di tipo strumentale) diagnosticabile prima dell'iscrizione; questa esclusione non opera per le prestazioni a cui partecipano a diverso titolo tutti gli associati riferiti ad una medesima categoria assicurata; le malattie mentali (incluse le nevrosi o psiconevrosi); gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni o alluvioni; le cure dentarie e delle paradontopatie, le protesi ortodontiche e dentarie e gli interventi chirurgici preprotesici e di implantologia.
PERSONE NON ASSICURABILI – LIMITE DI ETA'	Non sono assicurabili, salvo patto speciale che deve risultare in polizza, le persone colpite da apoplessia o affette da epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, alcoolismo, tossicodipendenza. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza, l'assicurazione cessa dopo il primo evento; l'Assicuratore si riserva la possibilità di rinnovare la copertura. Non sono altresì assicurabili le persone di età superiore a 85 anni. Nel caso di compimento dell'85° anno di età durante il corso dell'annualità assicurativa la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale del premio. Trascorsa questa scadenza la Società valuterà, di anno in anno, il mantenimento in copertura degli assicurati che hanno compiuto gli 85 anni di età e comunicherà le condizioni economiche e normative per la prosecuzione della copertura. Alla prima scadenza annuale successiva al compimento dell'85° anno di età, tutti gli assicurati dovranno inoltre compilare un questionario anamnestico, da rinnovare ogni anno; la Società, seguito valutazione del questionario ricevuto, potrà decidere se: 1. rifiutare il rischio 2. accettare il rischio a condizioni economiche e/o normative differenti rispetto a quanto in corso 3. accettare il rischio alle condizioni in corso. Il limite di età di ingresso per il singolo assicurato, comprese le persone appartenenti al relativo nucleo, è fissato al 79° anno di età.
OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO	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.
DETERMINAZIONE DELL'ANNUALITÀ ASSICURATIVA DI COMPETENZA	L'individuazione dell'annualità assicurativa di competenza di un sinistro avviene con il seguente criterio: In caso di ricovero, day hospital e di corresponsione dell'indennità sostitutiva come previsto nel Quadro Sinottico, la data del sinistro coincide con quella dell'entrata dell'Assicurato nella struttura ospedaliera. A questa data si fa riferimento per tutte le garanzie collegate al ricovero. Per le garanzie extraospedaliere come previste nel Quadro Sinottico la data del sinistro corrisponde alia data della documentazione di spesa.
CONTROVERSIE	In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico arbitrale risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico arbitrale sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono esser raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico arbitrale sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.
VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE	L'assicurazione vale per le persone espressamente designate in applicazione. Le inclusioni e le esclusioni di assicurati, che si verifichino nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicate dalla Contraente a mezzo informatico; la garanzia avrà effetto a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di inclusione degli stessi. Per le inclusioni avvenute nel corso del primo semestre, è dovuto il 100% del premio annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre, è dovuto il 60% del premio annuo. In caso di esclusione di nuclei e/o persone in corso d'anno, non sarà effettuato alcun rimborso di premio che, pertanto, si considera acquisito dalla Società.
MODALITÀ DI GESTIONE ANAGRAFICHE DEGLI ASSICURATI	Premesso che: 1. gli elenchi anagrafici dei soggetti assicurati, nonché le variazioni relative alla composizione dei nuclei e/o all'inserimento/cancellazione dei nuclei stessi, o di soggetti all'interno dei nuclei, sono ricevuti dal Contraente direttamente da parte dell'Associata, il quale li comunica in formato elettronico direttamente alla Società; 2. le informazioni di cui sopra sono trasmesse informaticamente alla Società per tutte le variazioni e/o inserimenti/cancellazioni mediante apposita procedura di scarico file dati.

Di comune accordo tra la Società e la Contraente si stabilisce che la decorrenza della copertura assicurativa, in capo a ciascun soggetto o nucleo, decorre dalle ore 24 del giorno di inclusione nel sistema informatico.

Specifiche deroghe, per inclusioni anteriori o in deroga a quanto sopra stabilito, devono essere pattuite per iscritto con la Società.

VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Interventi con esofagoplastica
- Gastroectomia totale
- Gastroectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica
- Colectomia totale
- Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
- operazioni per megacolon
- Proctocolectomia totale
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla di Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- tumori della trachea
- Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati
  . Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
  . correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
  . correzione impianto anomalo coronarie
  . correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
  . Correzione canale atrioventricolare completo
  . Finestra aorto-polmonare
  . Correzione di
    * ventricolo unico
    * ventricolo destro a doppia uscita
    * truncus arteriosus
    * coartazioni aortiche di tipo fetale
    * coartazioni aortiche multiple o molto estese
    * stenosi aortiche infundibulari
    * stenosi aortiche sopravalvolari
    * trilogia di Fallot
    * tetralogia di Fallot
    * atresia della tricuspide
    * pervietà interventricolare ipertesa
    * pervietà interventricolare con "debanding"
    * pervietà interventricolare con insufficienza aortica
  . Sostituzioni valvolari multiple
  . By-pass aortocoronarici multipli
  . Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico
  . Aneurismi aorta toracica
  . Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
  . Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
  . Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
  . Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici
  . Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie ecc.)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Emisferoctomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi. ecc.)
- Interventi per traumi vertebro midollari con stabilizzazione chirugica

- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica
- Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale

- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare, abbassamento addomino perineale

- Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezione del sacro
- Osteosintesi rachide con placche e viti trans-peduncolari
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec.; Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezione artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"
- Emipelvectomia
- Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- Vertebrotomia
- Discoctomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia

- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale

- Artrodesi per via anteriore
- Interventi per via posteriore con impianti
- Interventi per via anteriore senza e con impianti
- ESWL (litrotissia extracorporea con onde d'urto)
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Ileo bladder
- Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileouretroanastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Isterectomia radicale con linfoadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Intervento radicale per carcinoma ovarico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Si considerano Grandi Interventi Chirurgici anche:
- il trapianto degli organi per il quale sono comprese altresì le spese relative al prelievo;
- l'artoprotesi dell'anca.

GLOSSARIO

I termini, il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono in corsivo. I termini definiti al singolare si intendono definiti anche al plurale e viceversa.

ASSICURATO — La persona protetta dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE — Il contratto di assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA — Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

CARTELLA CLINICA — 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 — Il soggetto che stipula il contratto con Reale Mutua.

COPERTURA IN — L'Assicuratore indennizza le spese sostenute dall'Assicurato per le prestazioni riportate nell'Opzione di Copertura prescelta, nel limite del massimale e sottomassimali e al netto di eventuali franchigie/scoperti ivi indicati.

DAY HOSPITAL/DAY SURGERY — Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.

ESTERO — Gli Stati diversi da Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano

FRANCHIGIA / SCOPERTO — Parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa (franchigia) o in percentuale sull'ammontare del danno (scoperto), che rimane a carico dell'Assicurato.

INTERVENTO CHIRURGICO — Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato –anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante– mediante cruentazione dei tessuti con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.
Sono considerati interventi chirurgici anche la riduzione incruenta di fratture seguita da immobilizzazione e le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.
Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorché effettuati con i predetti strumenti:
• le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo (salvo le endoscopie sopra descritte);
• le iniezioni.

LIQUIDAZIONE IN FORMA A — L'Assicurato sostiene in proprio tutte le spese relative alle garanzie prestate con la presente assicurazione, richiedendone successivamente il rimborso alla Società.
Tutte le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di scoperti/franchigie indicati nell'Opzione di Copertura, che rimangono a suo carico. Tale forma di liquidazione opera,

	laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) non convenzionati con My Rete per il presente prodotto.
LIQUIDAZIONE IN FORMA DIRETTA	L'Assicuratore paga direttamente - senza anticipo di spesa da parte dell'Assicurato - alla struttura sanitaria e ai medici chirurghi convenzionati per il presente prodotto le spese sostenute dall'Assicurato e indennizzabili a termini di polizza, al netto di scoperti/franchigie indicati nell'Opzione di Copertura, che rimangono a suo carico. Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) entrambi convenzionati con My Rete per il presente prodotto.
MALATTIA	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.
MALATTIA ONCOLOGICA	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
MALFORMAZIONE – DIFETTO FISICO	Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticata prima della stipulazione della polizza (o del successivo ingresso in garanzia).
MASSIMALE	La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun periodo assicurativo, l'Assicuratore presta la garanzia.
MODULO DI POLIZZA	Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente, i dati identificativi del rischio, il premio e la sottoscrizione delle Parti
PARTI	Il Contraente e l'Assicuratore
PATOLOGIA PREESISTENTE	Per patologie preesistenti si intendono: – 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).
PRONTO SOCCORSO	Struttura sanitaria pubblica autorizzata ad erogare prestazioni di prima assistenza in caso di infortunio e/o malattia.
RICOVERO	Permanenza in struttura sanitaria con pernottamento o in day hospital/day surgery
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è richiesto l'indennizzo o il rimborso ovvero l'attivazione della prestazione in forma diretta.
SOCIETÀ	L'Assicuratore
SOTTO MASSIMALE	La somma fino alla concorrenza della quale l'Assicuratore assicura la prestazione; tale somma è da intendersi quale sottolimite del massimale previsto per la garanzia di riferimento.
STRUTTURA SANITARIA	Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera. Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato. Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.
STRUTTURE MEDICHE CONVENZIONATE	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici convenzionati con il network My Rete, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.
TRATTAMENTO DI FISIOTERAPIA	Terapie specifiche (radarterapia, ultrasuoni, kinesiterapia e simili) prescritte dal medico curante, praticate da personale abilitato ed effettuate unicamente in strutture sanitarie autorizzate.
TICKET SANITARIO	E' il contributo dovuto per la prestazione ricevuta, calcolato sulle tariffe del Servizio Sanitario Nazionale. La prestazione può essere erogata o da una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, o da una struttura privata in regime di convenzione.
VISITA SPECIALISTICA	Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

RETE CONVENZIONATA

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 STRUTIURA SANITARIA

Individuare la Struttura Sanitaria più adatta alle proprie esigenze, tra quelle convenzionate MyRete. Tale informazione è facilmente reperibile consultando il sito http://MyRete.it o contattando la Centrale Operativa tramite il numero 02/48538254 E' necessario, in tutti i casi, farsi riconoscere dalla Struttura come Assicurato Sanint o Assidim/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

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'equipe 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 sui sito web reso disponibile dalla Cassa di Assistenza), 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 (dal lunedì al venerdì dalle ore 9,15 alle ore 12,00 e dalle ore 13,30 alle ore 17,00), telefonando al seguenti numero : N.02.48538254.

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 alia Compagnia, così come previsto in polizza.

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 alia Compagnia, così come previsto in polizza.