



Sindacato italiano unitario lavoratori polizia
Segreteria Nazionale

PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA
- Servizio di copertura assicurativa complementare integrativa –
UN ALTRO POSITIVO RISULTATO DELL'AZIONE DEL SIULP

Di seguito alle storiche rivendicazioni del SIULP riguardanti la predisposizione di una polizza sanitaria a favore del personale della Polizia di Stato sono state perfezionate le procedure relative all'aggiudicazione del servizio di copertura assicurativa complementare relativa al periodo 1° gennaio 2023 – 31 dicembre 2023.

Il servizio è stato aggiudicato alla “CASPIE Cassa di Assistenza Sanitaria”, la cui polizza “BASE” è a totale carico dell'Amministrazione della PS. Il piano prevede l'assistenza diretta e indiretta – con la previsione di rimborso delle spese sostenute – in conseguenza di infortuni o di malattia. Il beneficio viene riconosciuto a tutto il personale in servizio, compresi gli allievi.

Le previsioni della polizza “BASE”, in via opzionale, sono estensibili ai colleghi in quiescenza o ai familiari dei poliziotti in servizio, previa corresponsione di un premio appositamente dedicato.

Oltre alla polizza “BASE”, previo pagamento, sono previste ulteriori garanzie dai piani “FULL GOLD” e “FULL PLATINUM”.

La polizza “**BASE**” prevede un massimale annuo di 250.000 euro per ogni assicurato, riconosciuto **indipendentemente da patologie preesistenti**.

Contempla:

- a) l'intervento chirurgico in ambulatorio conseguente a grave malattia, comprese le spese connesse ai trapianti di organi (franchigia di euro 500,00/evento se in fuori convenzione);
- b) fino a 3000,00 euro per ogni sinistro patito dall'assicurato per l'ospedalizzazione domiciliare, con lo scoperto del 25% riguardo prestazioni eseguite fuori convenzione;
- c) ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico o malattia grave, compresi i trapianti di organi. Senza franchigia se in convenzione, oppure con la franchigia fissa assoluta di 3000,00 euro per evento, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.
- d) indennità in unica soluzione di 10.000,00 euro in unica soluzione, per il ricovero in istituto per malattia oncologica;
- e) indennità giornaliera per ricovero di 30,00 euro al giorno, per un massimo di 15 giorni;
- f) cure odontoiatriche da infortunio – fino a 2.500,00 euro l'anno per ogni assicurato, con scoperto del 10% in convenzione e del 20% fuori convenzione, con il minimo non indennizzabile di 100,00 euro per fattura – Rimborso del ticket del servizio sanitario nazionale al 100%
- g) prestazioni di alta specializzazione – fino a 3000,00 euro l'anno per ogni assicurato, con l'applicazione di una franchigia fissa assoluta di 100,00 euro per ogni prestazione. Rimborso del ticket del servizio sanitario nazionale al 100%
- h) prestazioni specialistiche – fino a 1.000,00 euro l'anno per ogni assistito, con applicazione per malattia e/o infortunio di una franchigia a carico dell'assicurato di 50,00 euro per ogni prestazione o ciclo di cura, Rimborso del ticket del servizio sanitario nazionale al 100%;
- i) trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o per patologie/interventi particolari – fino a 500,00 euro l'anno per ogni assicurato, con scoperto del 5% se in convenzione o del 10% fuori convenzione. Rimborso del ticket del servizio sanitario nazionale al 100%;
- j) anticipo dell'indennizzo – solo per ricovero in istituto non convenzionato fino a 15.000,00 euro;

via Vicenza, 26 - 00185 Roma - telefono 06 4455213
www.siulp.it - nazionale@siulp.it



Sindacato italiano unitario lavoratori polizia
Segreteria Nazionale

- k) un check up preventivo annuo gratuito in strutture convenzionate (prelievo venoso, campione di urine, campione di feci, visita urologica/ginecologica, visita cardiologica ecg). Se effettuato fuori dalle strutture in convenzione è previsto un rimborso forfettario di 150,00 euro;
- l) rimborso forfettario di 5.000,00 euro in caso di decesso dell'assicurato. In caso di decesso all'estero durante un ricovero, vengono rimborsate le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di 1.500,00 euro;

La polizza “**FULL GOLD**”, prevede un massimale di 500.000,00 euro l'anno per ogni assicurato e le seguenti coperture:

- a) tutti i ricoveri con intervento, ricoveri day hospital, i ricoveri senza intervento non previsti nell'elenco grandi interventi e malattie gravi. Non sono previste franchigie e scoperti per interventi chirurgici e ricoveri effettuati in strutture convenzionate (per le strutture fuori network è previsto uno scoperto del 20% e una franchigia di 1.500,00 euro);
- b) assistenza al parto naturale – rimborso delle relative spese fino a 5.000,00 euro l'anno per ogni assicurato;
- c) assistenza al parto cesareo – rimborso delle relative spese fino a 8.000,00 euro l'anno per ogni assicurato;
- d) laser/tecar terapia a scopo fisioterapico, oftalmologico e operativo - fino a 1.000,00 euro l'anno per ogni assistito;
- e) cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico – fino a 1.000,00 euro l'anno per ogni assistito;

La polizza “**FULL PATINUM**”, prevede, con un massimale di 500.000,00 euro l'anno per ogni assicurato e le seguenti coperture:

- a) eliminazione di ogni tipo di franchigia e scoperto per le prestazioni di alta specializzazione e specialistiche con massimale “in concorrenza” di 4.000,00 euro annui per assistito;
- b) innalzamento del limite di spesa a disposizione per le cure odontoiatriche e ortodontiche a 3.500,00 euro annui per assistito con uno scoperto del 40%.

La polizza sanitaria è uno dei tasselli per la costruzione del cosiddetto *welfare aziendale*, e fa parte del pacchetto specificità conquistato sul tavolo contrattuale unitamente alla sottoscrizione dell'accordo con risorse aggiuntive a quelle stanziare per il rinnovo del contratto di lavoro.

Ottenuto questo risultato riguardante la parte aggiuntiva del nostro contratto, stiamo già sollecitando l'Amministrazione per aprire i tavoli di confronto relativamente alla tutela legale integrativa e alla previdenza dedicata. Punti sempre contenuti nel pacchetto specificità finanziati con risorse aggiuntive a quelle contrattuali.

Sul piano previdenziale, non appena il nuovo Esecutivo si insedierà, chiederemo un confronto per verificare la volontà, o meno, di ripresentare il Disegno di Legge noto come – Gasparri/Pinotti - e sottoscritto dai parlamentari di tutti gli schieramenti del precedente parlamento, al fine di farci riconoscere, concretamente, la specificità del nostro lavoro.

Fraterni saluti.

Roma, 12 ottobre 2022

La Segreteria Nazionale

**Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio**

**SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA
COMPLEMENTARE INTEGRATIVA A FAVORE DEL
PERSONALE DELLA POLIZIA DI STATO, DELLA GUARDIA
DI FINANZA E DELLA POLIZIA PENITENZIARIA E RELATIVI
FAMILIARI (“PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA”).
– GARA CIG**

CAPITOLATO TECNICO del 08.04.2022

Documento composto da n. 33 pagine numerate, compreso il presente prospetto.

**Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio**

1. PREMESSA

Il presente Capitolato disciplina gli aspetti tecnico-giuridici dei servizi di assistenza sanitaria integrativa e complementare (Piano di Assistenza Sanitaria) in favore del personale della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria (e per quest'ultima, personale giuridicamente ed economicamente equiparato), erogati dall'aggiudicatario idoneo a sottoscrivere il Contratto, individuato, a seguito di procedura di gara aperta in ambito UE, tra i soggetti iscritti all'anagrafe di cui al Decreto del Ministero del Lavoro del 27/10/2009.

La polizza emessa dal soggetto assicuratore risultato aggiudicatario, rappresenta il documento che comprova la sussistenza dell'assicurazione/assistenza.

2. FINALITÀ DEL SERVIZIO

Lo scopo del Piano di Assistenza Sanitaria, d'ora in poi denominata Polizza BASE, oggetto dell'appalto, è quello di garantire la tutela sanitaria a favore del predetto personale, secondo le condizioni e le modalità descritte nel presente Capitolato. Costituiscono altresì oggetto di appalto le seguenti coperture assicurative su base volontaria:

- estensione della copertura BASE ai relativi familiari;
- estensione della copertura BASE al personale in quiescenza e ai relativi familiari;
- attivazione della polizza FULL per tutte le citate categorie.

3. ASSISTITI, PREMIO/CONTRIBUTO, MASSIMALE/LIMITE DI ASSISTENZA

a. COPERTURA ASSICURATIVA DI BASE A CARICO DELLE SINGOLE AMMINISTRAZIONI

Il Piano di Assistenza Sanitaria opera, indipendentemente dalle condizioni fisiche e dalle patologie preesistenti degli assicurati – cui non verrà richiesta la compilazione di alcun questionario sanitario – in favore del personale in servizio, compresi gli allievi, della Polizia di Stato, della Guardia di Finanza e della Polizia Penitenziaria (e per quest'ultima, personale giuridicamente ed economicamente equiparato), d'ora in poi rispettivamente denominati "appartenenti" e "Amministrazioni".

Il premio annuo lordo per la Polizza BASE, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione, sarà completamente a carico delle singole Amministrazioni coinvolte, ognuna per tutto il personale dipendente.

b. ESTENSIONI FACOLTATIVE DELLA COPERTURA DI BASE A CARICO DEI SINGOLI INTERESSATI

Il soggetto assicuratore dovrà altresì consentire l'adesione al Piano di Assistenza Sanitaria, mediante una ulteriore copertura assicurativa,

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

d'ora in poi denominata Polizza ESTESA, avente le stesse caratteristiche e condizioni tecniche della Polizza BASE, salva la facoltà del soggetto assicuratore di richiedere la compilazione di un questionario anamnestico, anche da parte di:

(1) Polizza ESTESA 1

- Nucleo familiare dell'assistito con Polizza BASE;

(2) Polizza ESTESA 2

- Personale in quiescenza;

(3) Polizza ESTESA 3

- Nucleo familiare del personale in quiescenza che abbia sottoscritto la Polizza ESTESA 2.

Per nucleo familiare si intende il coniuge non legalmente separato o divorziato, l'unito civilmente, il convivente *more uxorio* e i figli conviventi – legittimi o legittimati o naturali o adottivi – purché risultanti dal certificato di famiglia dell'“assistito Polizza BASE” o dell'“assistito Polizza ESTESA 2”. Nel nucleo sono, inoltre, compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età e identificabili attraverso i dati fiscali (dichiarazioni dei redditi).

Per personale in quiescenza si intende quello cessato dal servizio e in trattamento di quiescenza.

A tal fine, in sede di presentazione dell'offerta per la Polizza BASE, il Soggetto Assicuratore dovrà formulare distinte quotazioni, per ognuna delle tre fattispecie di Polizza ESTESA indicate ai punti (1), (2) e (3) che precedono, del premio annuo lordo *pro capite*, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione. Tali quotazioni saranno riportate in contratto in caso di aggiudicazione.

I premi previsti per l'adesione alle diverse tipologie di polizza ESTESA saranno completamente a carico dell'assistito/interessato che ne farà richiesta.

Nel caso di genitori entrambi appartenenti alle Amministrazioni, sia in servizio che in quiescenza, i figli possono essere compresi nella garanzia del nucleo di un solo genitore.

Il soggetto assicuratore, inoltre, dovrà consentire l'adesione, da parte dei beneficiari della polizza BASE ed ESTESA, ad un servizio di assistenza sanitaria aggiuntivo – d'ora in poi denominato Polizza FULL – che, alle condizioni tecniche fissate più avanti nel presente Capitolato, integri e migliori le condizioni e le tipologie di prestazioni previste dalla Polizza BASE/ESTESA. I relativi premi *pro capite* annui lordi, comprensivi di ogni onere fiscale e contributo di adesione, dovranno essere quantificati, sempre rispettando le distinzioni

**Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio**

operate fra le varie tipologie di adesione, in sede di presentazione dell'offerta da parte del Soggetto Assicuratore, con le modalità dettagliate nel Disciplinare di gara, e saranno riportati in contratto in caso di aggiudicazione.

Anche per la polizza FULL, il premio annuale lordo *pro capite* previsto per l'adesione sarà completamente a carico dell'assistito che ne farà richiesta.

In linea generale, si precisa che ogni tipologia di importo del premio da versare a carico dell'interessato, sia nel caso di adesione alla polizza ESTESA che alla polizza FULL, è da intendersi aggiuntivo rispetto a (vale a dire NON include) quello della polizza di partenza e, in particolar modo, dell'importo corrisposto dalle singole Amministrazioni per la polizza BASE.

C. AMBITO DI OPERATIVITÀ DI TUTTE LE CITATE POLIZZE

L'assicurazione/assistenza è operante:

- (1) indipendentemente dalle condizioni fisiche e dalle patologie pregresse;
- (2) nel mondo intero (i rimborsi di spese sostenute all'estero, fatto salvo il caso di assistenza ricevuta in strutture sanitarie estere convenzionate con il Soggetto Assicuratore, per cui vigono le medesime condizioni di operatività della Polizza nel territorio nazionale, verranno effettuati in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assistito, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi);
- (3) con riferimento alla POLIZZA ESTESA, *fino al compimento del 75° anno di età*

4. ADESIONE DEL DIPENDENTE, INCLUSIONI DI FAMILIARI, ESCLUSIONI

a. ADESIONE E INCLUSIONE DI FAMILIARI

L'adesione del dipendente alla Polizza BASE avviene in automatico al momento dell'attivazione del servizio di copertura assicurativa per l'assistenza sanitaria, nei termini indicati in contratto (comunicazioni a cura dell'Amministrazione di appartenenza). Le eventuali adesioni alle **polizze ESTESA e FULL**, potranno avvenire a scelta e a carico dell'Assistito/interessato, nei termini di cui al presente capitolato.

Successivamente all'attivazione dell'assistenza, ulteriori adesioni alla medesima polizza potranno realizzarsi esclusivamente al verificarsi dei seguenti eventi:

- (1) nel caso di nuova assunzione, per la polizza BASE (comunicazioni a cura delle rispettive Amministrazioni);

**Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio**

- (2) matrimonio/costituzione di unione civile/insorgenza di convivenza *moro uxorio* per la polizza ESTESA;
- (3) nascita/adozione/affidamento dei figli per la polizza ESTESA.

In tali casi la copertura decorre dalla data dell'evento, purché l'adesione al piano di assistenza, BASE o ESTESA, o l'inclusione di nuovi familiari venga comunicata, a cura dell'assistito, entro il termine di 30 (trenta) giorni dal giorno dell'evento stesso.

Qualora la comunicazione non pervenga entro tale termine, la copertura decorrerà secondo le previsioni fissate dal Soggetto Assicuratore, da indicare nel contratto, e comunque non oltre 30 (trenta) giorni dall'avvenuta comunicazione.

Nel caso di inserimento nel Piano di assistenza in corso d'anno, i previsti massimali sono riconosciuti per intero.

Il pagamento dei contributi a carico dell'Amministrazione contraente per il proprio personale appartenente, avviene nei termini e con le modalità di cui ai relativi articoli del contratto.

b. REVOCA DELLA COPERTURA

La revoca della copertura avviene al verificarsi dei seguenti eventi:

- (1) per la polizza BASE:
 - cessazione dal servizio;
 - decesso dell'Assistito;
- (2) per la polizza ESTESA:
 - separazione legale/divorzio;
 - venir meno dei requisiti previsti dal presente capitolato per l'inserimento del nucleo familiare nel Piano di assistenza;
 - superamento dei limiti di età.

La copertura assicurativa rimane in ogni caso in essere:

- (1) fino alla scadenza dell'annualità nella quale si è verificato l'evento;
- (2) senza soluzione di continuità, nel caso in cui l'assistito con Polizza BASE che cessi dal servizio, faccia richiesta di adesione alla Polizza ESTESA entro 30 (trenta) giorni dal termine *sub* (1).

5. PRESTAZIONI DEL PIANO DI ASSISTENZA, SCOPERTO, FRANCHIGIA

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

INDENNIZZO/ INDENNITÀ

Il servizio garantisce il pagamento/rimborso delle spese sanitarie rese necessarie in conseguenza di infortunio, malattia, di tutte le malattie concomitanti/derivanti e/o conseguenti, nonché le prestazioni sanitarie, ciascuna con i relativi massimali di copertura, franchigie e scoperti, puntualmente descritti di seguito.

La Polizza BASE opera in caso di malattia e di infortunio per le seguenti coperture:

- ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (elenco tipologie di intervento chirurgico all'allegato 1);
- ricovero in istituto di cura reso necessario da grave malattia (elenco all'allegato 2);
- intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia (elenco all'allegato 2);
- indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura diverso da grande intervento chirurgico (elenco all'allegato 1) e da grave malattia (elenco all'allegato 2), con esclusione del parto e del *day-hospital*;
- ricovero in istituto di cura per malattia oncologica;
- ospedalizzazione domiciliare;
- cure dentarie da infortunio;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o per patologie/interventi particolari;
- pacchetto prevenzione - check up preventivi;
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate nel presente capitolato, a:

- strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate (*in network*) con il Soggetto assicuratore;
- strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate (*fuori network*) con il Soggetto assicuratore;
- Servizio Sanitario Nazionale (rimborso del *ticket*).

Sono in ogni caso incluse le prestazioni sanitarie erogate individualmente o in *equipe* da

**Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio**

professionisti medici, dipendenti di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni dei professionisti medici e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (*in sede*) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (*fuori sede*).

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

a. RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

Il soggetto assicuratore paga/rimborsa tutte le prestazioni elencate nei punti che seguono fino alla concorrenza del massimale di **€ 250.000** per Assicurato e per anno assicurativo, fatti salvi eventuali sotto limiti espressamente previsti per evento.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico il massimale comprende, oltre all'intervento principale, anche eventuali interventi concomitanti.

Le prestazioni previste nella presente opzione si intendono prestate indipendentemente e ad integrazione delle prestazioni fruibili mediante Servizio Sanitario Nazionale.

Tutte le prestazioni o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato periodo di validità contrattuale annuale saranno imputate, fino a concorrenza, al massimale previsto per ciascuna garanzia in tale periodo di assicurazione, dal momento che la patologia oggetto di copertura e il conseguente trattamento (sinistro) si sono verificati in tale esercizio. L'eventuale quota di spesa non assorbibile all'interno del massimale annuo rimarrà a carico dell'assicurato.

Il Piano Sanitario previsto nella c.d. Polizza BASE deve garantire le seguenti prestazioni:

(1) in caso di grande intervento chirurgico (elenco in allegato 1) o intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia (elenco in allegato 2) effettuato in regime di ricovero in istituto di cura o in ambulatorio medico, sono assicurate le spese per:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei **150 giorni precedenti l'inizio del ricovero o precedenti all'intervento chirurgico**, purché direttamente collegati all'evento (malattia o infortunio) che ha determinato il ricorso alle prestazioni;



Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

- onorari del chirurgo e di ogni soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento e apparecchi protesici applicati durante l'intervento stesso;
- rette di degenza (esclusi comfort e/o bisogni non essenziali);
- assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi purché relativi alla patologia e al periodo di ricovero o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico;
- vitto e pernottamento di un accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura ricettiva fino alla concorrenza di **€ 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo** e nucleo familiare assistito;
- assistenza infermieristica notturna dedicata durante il periodo di ricovero, fino alla concorrenza di **€ 50 al giorno per un massimo di € 1.000 per anno assicurativo**;
- esami, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici o rieducativi e assistenza infermieristica domiciliare sostenuti nei **150 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni da ricovero**, purché direttamente inerenti alla malattia o infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto sanitario dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ambulanza, treno o aereo di linea), presso l'istituto di cura e ritorno o trasferimento presso altro istituto di cura più appropriato sotto il profilo delle terapie necessarie all'Assicurato, fino alla concorrenza di **€ 2.000 per anno assicurativo**. In caso di intervento chirurgico effettuato all'estero, il Piano sanitario rimborsa le spese per il viaggio verso l'istituto di cura e ritorno con mezzo pubblico, fino alla **concorrenza di € 4.000 per anno assicurativo**;

(2) in caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da grave malattia (elenco in allegato 2), che non comporti intervento chirurgico, sono assicurate le spese per:

- assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei **150 giorni precedenti il ricovero in Istituto di cura**, purché direttamente collegati all'evento (malattia o infortunio) che ha determinato il ricorso alle prestazioni;



Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

- rette di degenza (esclusi comfort e/o bisogni non essenziali);
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, medicine ed infermieristiche domiciliare sostenuti nei **150 giorni successivi alle dimissioni da ricovero**, purché direttamente inerenti alla malattia o infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto sanitario dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore, con qualsiasi mezzo (ambulanza, treno o aereo di linea), presso l'istituto di cura e ritorno o trasferimento presso altro istituto di cura più appropriato sotto il profilo delle terapie necessarie all'Assicurato, **fino alla concorrenza di € 2.000 per anno assicurativo**. In caso di ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico effettuato all'estero, il Piano sanitario rimborsa le spese per il viaggio verso l'istituto di cura e ritorno con mezzo pubblico, **fino alla concorrenza di € 4.000 per anno assicurativo**.

(3) modalità di erogazione delle prestazioni di cui ai punti (1) e (2)

- prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con il soggetto assicuratore ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati, inclusi eventuali anticipi che dovessero essere richiesti, vengono **liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate (in network)** senza applicazione di alcuna franchigia;

- prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con il soggetto assicuratore.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono **rimborsate all'Assicurato con applicazione di una franchigia assoluta di € 3.000 per evento**, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti. In caso di **intervento ambulatoriale viene applicata una franchigia relativa di € 500 per evento**;

- prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con il Soggetto assicuratore ma effettuate da medici non convenzionati.

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsale dal Soggetto assicuratore con le modalità previste per il ricovero in strutture non convenzionate;

- utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

Il soggetto assicuratore rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, i *ticket* sanitari rimasti a carico dell'Assicurato oltre alle eventuali spese per il trattamento alberghiero sostenute in regime di solvenza. In tal caso, è escluso il beneficio dell'indennità sostitutiva di cui al successivo punto (5).

(4) *Trapianti*

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, sono comprese le spese di espianto e trasporto dell'organo. In caso di donazione da vivente, sono comprese le spese per l'intervento chirurgico di espianto e per i relativi accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali, l'assistenza medica e infermieristica e le rette di degenza, secondo le modalità di cui ai precedenti punti.

(5) *Indennità sostitutiva in caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (elenco allegato 1) o grave malattia (elenco allegato 2)*

Qualora non risultino spese a carico dell'Assistito in quanto i costi relativi al periodo di ricovero e per altra prestazione ad esso connessa, esclusi eventuali *ticket*, sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute durante la degenza, il soggetto assicuratore corrisponde **un'indennità sostitutiva pari a € 120** per ogni notte di ricovero trascorsa in Istituto di cura, **per un massimo di 90 giorni**.

(6) *Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura diverso da grande intervento chirurgico (elenco Allegato 1) e da grave malattia (elenco allegato 2) con esclusione del parto e del day-hospital*

Il Soggetto assicuratore, in caso di ricovero in istituto di cura (con esclusione del parto e del day-hospital), corrisponderà **un'indennità di € 30** per ogni giorno di ricovero per un periodo **non superiore a 15 giorni per ricovero**.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento. La presente garanzia verrà erogata indipendentemente che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

(7) *Ospedalizzazione domiciliare*

Il Soggetto assicuratore, in seguito ad un ricovero indennizzabile a termini di polizza, assicura per un periodo di **120 giorni**, successivo alla data di dimissioni, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica che si dovessero rendere necessarie in ragione della patologia oggetto dell'indennizzo e finalizzata al recupero della funzionalità fisica.

**Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio**

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a **concorrenza della complessiva somma di € 3.000 - da intendersi quale massimale annuo per Assicurato**, senza applicazione di alcuna franchigia e/o di alcuno scoperto per le prestazioni eseguite da parte di strutture o singoli professionisti in convenzione e con l'applicazione di **uno scoperto a carico dell'Assicurato del 25% in caso di prestazioni eseguite fuori convenzione per ogni sinistro**.

b. ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

Nel caso in cui l'istituto di cura fuori *network*, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, **richieda il pagamento di un anticipo**, l'Assicurato può chiedere al Soggetto assicuratore la corresponsione di tale importo **fino a un massimo di € 15.000,00 per evento**.

c. DECESSO DELL'ASSICURATO E RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato, il Soggetto assicuratore, **per anno assicurativo e per nucleo familiare**, eroga:

- (1) un rimborso forfettario di € 5.000;
- (2) in caso di decesso all'estero durante un ricovero, le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.500.

d. PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) - "anche digitale"

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac

**Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio**

- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Holter ECG (limitatamente alla polizza FULL)
- Holter pressorio (limitatamente alla polizza FULL)
- Ecografia (limitatamente alla polizza FULL)
- Ecocolordoppler arti superiori e inferiori, aorta, TSA, arterie renali (limitatamente alla polizza FULL)
- Ecocardiografia (inclusa trans-esofagea)
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale

**Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio**

- Biopsia (anche ECO/TC guidata)
- Densitometria ossea (limitatamente alla polizza FULL)
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia (inclusa scintigrafia miocardica da sforzo)
- Tomografia Computerizzata (TC) (anche virtuale)
- Endoscopia digestiva (E.G.D.S. – Retto sigmoideo colonscopia - ERCP)
- Test genomico (Oncotype Dx), susseguente a diagnosi e/o intervento chirurgico per tumore al seno

Terapie

- Chemioterapia
- Radianti loco-regionali
- Dialisi
- Radioterapia

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante (intendendosi per medico curante il medico abilitato all'esercizio della professione medica nel Paese di servizio o in quello dove vengano prestate le cure) contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia, presunta o accertata, che abbia reso necessaria la prestazione. In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, il Soggetto assicuratore rimborsa integralmente i *ticket* sanitari a carico dell'Assistito. Per ottenere il rimborso è necessario che lo stesso alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Le garanzie di cui al presente articolo vengono accordate fino a **concorrenza della complessiva somma di € 3.000** - da intendersi quale massimale annuo per Assicurato e con applicazione di una franchigia **assoluta di € 100 per ogni prestazione**.

La franchigia non viene applicata nel caso in cui l'Assistito chieda il rimborso del solo *ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni.

e. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Il Soggetto Assicuratore paga le spese per prestazioni specialistiche, ambulatoriali e/o domiciliari, purché prescritte dal proprio medico curante, con l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia, presunta o accertata, che abbia reso necessaria la

**Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio**

prestazione pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciato (escluse comunque le visite pediatriche generiche).

Le garanzie di cui al presente articolo vengono accordate fino a concorrenza della complessiva somma di **€ 1.000 - da intendersi quale sotto-massimale annuo per Assicurato** (rispetto al massimale di cui al punto d.) **e con applicazione per ogni malattia e/o infortunio di una franchigia a carico dell'Assicurato di € 50 per ogni prestazione o ciclo di cura**, intendendosi per tale una serie di prestazioni connesse alla medesima patologia e presentate in un'unica richiesta. La franchigia non viene applicata nel caso in cui l'Assistito chieda il rimborso del solo *ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni.

f. RICOVERO PER CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di pernottamento per malattie oncologiche, il Soggetto assicuratore riconosce **un'indennità di € 10.000 in unica soluzione, una tantum per anno assicurativo**, per il primo ricovero denunciato dall'Assicurato e indipendentemente dal numero di ricoveri avvenuti nell'annualità ricollegabili alla stessa patologia.

g. CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO

Il Soggetto assicuratore, in presenza di certificato rilasciato da un Pronto Soccorso, liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio. Le spese sostenute vengono rimborsate con applicazione per ogni prestazione o ciclo di cura di **uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 10% in network e del 20% fuori network con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura/persona**. Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'assistito chieda il rimborso del solo *ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a concorrenza della complessiva somma di **€ 2.500 annuale per Assicurato**.

h. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

Il Soggetto assicuratore provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio e in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti dal medico curante o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

**Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio**

Limitatamente alla polizza FULL, il Soggetto assicuratore provvede anche al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici per patologie cronico degenerative dell'apparato muscolo-scheletrico.

Patologie o interventi chirurgici:

- Ictus
- Infarto
- Ernia del disco - iatale
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Ricostruzioni capsulo legamentose
- Protesi articolare
- Patologie polmonari
- Postumi di interventi per fratture
- Patologie degenerative croniche dell'apparato muscoloscheletrico (limitatamente alla polizza FULL)

Le spese sostenute vengono rimborsate con applicazione per ogni prestazione o ciclo di cura di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella **misura del 5% in network e del 10% fuori network**. Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'assistito chieda il rimborso del solo *ticket* sostenuto per le suindicate prestazioni presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a concorrenza della complessiva somma di **€ 500,00 annuale per Assicurato** (massimale annuo per assicurato).

i. CHECK UP PREVENTIVI

Il Soggetto assicuratore provvede al **pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate, una volta l'anno, dall'Assicurato/Assistito**, in strutture sanitarie *in network* con il Soggetto assicuratore.

In assenza di strutture *in network* sia presso la provincia di domicilio/servizio che nel raggio di 60 km dall'indirizzo di residenza dell'Assicurato/Assistito, il Soggetto assicuratore rimborsa le medesime prestazioni effettuate in strutture fuori *network* fino al raggiungimento di un importo pari a **€ 150,00**.

PRESTAZIONI PREVISTE PER GLI UOMINI

**Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio**

Prelievo venoso:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- azotemia;
- bilirubina;
- colesterolo HDL ed LDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- elettroforesi proteica
- fibrinogenemia
- gamma GT
- glicemia
- proteinemia
- trigliceridi
- tempo di protrombina (PT)
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- uricemia
- VES
- PSA (dai 40 anni di età)

Campione urine:

- esame chimico, fisico e microscopico completo

Campione feci:

- ricerca del sangue occulto

Visite specialistiche:

- visita urologica (dai 40 anni di età)
- visita cardiologica con ECG

**Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio**

PRESTAZIONI PREVISTE PER LE DONNE

Prelievo venoso:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- azotemia
- colesterolo HDL ed LDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- elettroforesi proteica
- fibrinogenemia
- gamma GT
- glicemia
- lattico deidrogenasi LDH
- proteinemia
- trigliceridi
- tempo di protrombina (PT)
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- uricemia
- VES

Campione urine:

- esame chimico, fisico e microscopico completo

Campione feci:

- ricerca del sangue occulto

Esami e visite specialistiche:

- pap-test
- visita ginecologica

**Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio**

- visita cardiologica con ECG

ULTERIORI PRESTAZIONI DI PREVENZIONE PER UOMINI E DONNE OGNI TRE ANNI
(limitatamente alla polizza FULL)

Visita oculistica

Visita dermatologica in epiluminescenza per controllo nevi

6. PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA AGGIUNTIVA FULL

Per **Polizza FULL** si intende l'assicurazione/assistenza aggiuntiva rispetto a quella prevista nella **polizza BASE e/o ESTESA**, con prestazioni ulteriori rispetto a quelle già comprese nelle citate polizze e innalzamento dei relativi massimali. Alla Polizza FULL, hanno facoltà di aderire gli assistiti delle già citate polizze con **premio/contributo interamente a carico di ciascun assicurato/Assistito**.

La Polizza FULL deve essere a sua volta distinta in due livelli di copertura: GOLD e PLATINUM

Polizza FULL GOLD

Il massimale annuo di assistenza di cui all'art. 5.a., è **innalzato a € 500.000/anno/Assistito**. Oltre alle prestazioni previste per la Polizza BASE e alle prestazioni di cui *sub.* 5.d., 5.h. e 5.i. limitatamente alla polizza FULL, il Soggetto assicuratore dovrà erogare indennizzi all'assicurato/Assistito per le seguenti ulteriori prestazioni:

- a. tutti i ricoveri con intervento, i ricoveri in *day hospital*, i ricoveri senza intervento non previsti negli Allegati 1 e 2:
 - (1) in regime di convenzione diretta (quando sia la struttura sanitaria, sia *l'equipe medica* siano *in network*) **senza franchigie**;
 - (2) in regime rimborsale se fuori *network*, con lo **scoperto del 20% e una franchigia di € 1.500**;
 - (3) in regime misto qualora la degenza abbia luogo presso una struttura in *network*, ma l'assistito si avvalga di *equipe medica* fuori *network*. In tal caso, sarà possibile attivare la copertura assicurativa:
 - con modalità di assistenza diretta **e senza franchigie**, sulla parte di **spesa relativa al ricovero presso la Struttura Sanitaria** in *network*;

Direzione Centrale dei Servizi Tecnico-Logistici e della Gestione Patrimoniale
Servizio Armamento, Vestiario, Equipaggiamento, Materiali Speciali e Casermaggio

- nella forma rimborsale con applicazione di uno **scoperto del 20% e un minimo indennizzabile di € 750**, per la parte di spesa dovuta all'equipe medica, o singolo professionista, fuori *network*.

- b. cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico.

Il Piano sanitario copre il pagamento delle spese per prestazioni diagnostiche e terapeutiche di tipo odontoiatrico e ortodontico, comprese le cure degli elementi dentari, le terapie conservative, l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, le sedute di ablazione tartaro (solo se inserite in un piano di cure), effettuate presso strutture sanitarie *in network* con il soggetto assicuratore.

In tali casi, gli importi dovuti saranno erogati direttamente alle strutture o al singolo professionista da parte del Soggetto assicuratore, con l'applicazione di uno **scoperto del 50%** che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura *in network* all'atto dell'emissione della fattura.

Nello specifico, per ottenere il rimborso, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la scheda anamnestica compilata dal medico curante (dentista). Dai citati documenti, dovranno emergere in maniera analitica le prestazioni effettuate e il relativo costo.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale il Soggetto assicuratore rimborsa integralmente i *ticket* sanitari a carico dell'Assistito.

Il limite di spesa a disposizione per la presente copertura è di € 2.500 per anno per Assistito.

- c. assistenza al parto:

(1) parto naturale (con un massimo rimborsabile di € 5.000 annuo/Assistito);

(2) parto cesareo (con un massimo rimborsabile di € 8.000 annuo/Assistito);

- d. laser/tecar terapia a scopo fisioterapico e oftalmologico, laserterapia operativa (con un massimo rimborsabile di € 1.000 annuo/Assistito).

Polizza FULL PLATINUM

Oltre alle prestazioni previste per la Polizza FULL GOLD, il Soggetto assicuratore dovrà garantire:

- a. l'eliminazione di ogni tipo di franchigia e scoperto per le prestazioni di alta specializzazione e specialistiche con massimale "in concorrenza" di € 4.000 annui per assistito;