



POLIZZA SANITARIA – PIANO B
CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO

Condizioni di Assicurazione

Sommario

PREMESSA	4
DEFINIZIONI.....	5
Condizioni Generali di Assicurazione	8
Art. 1 – Definizioni	8
Art. 2 – Assicurati.....	8
Art. 3 – Oggetto dell'Assicurazione.....	8
Art. 4 – Indennità di Ricovero Ospedaliero	9
Art. 4.1 – Ricovero con Intervento chirurgico.....	9
Art. 4.2 – Ricovero senza intervento chirurgico.....	10
Art. 5 – Alta specializzazione	10
Art. 6 – Malattie oncologiche	11
Art. 7 – Malattie cardiovascolari.....	12
Art. 8 – Prevenzione	13
Art. 9 – Chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva	14
Art. 10 – Trasporto.....	14
Art. 11 – Garanzie Aggiuntive (VALIDE SOLO PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA)	14
Art. 11.1 – Terapia fisica e riabilitazione (VALIDE SOLO PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA) ...	14
Art. 11.2 – Grandi Ustioni a seguito di infortunio (VALIDE SOLO PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA)	15
Art. 11.3 – Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici a seguito di infortunio (VALIDE SOLO PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA).....	15
Art. 11.4 – Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio (VALIDE SOLO PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA)	16
Art. 11.5 – Rischio nucleare (VALIDE SOLO PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA).....	17
Art. 11.6 – Terapia iperbarica (VALIDE SOLO PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA)	17
Art. 11.7 – Traumi dentari a seguito di infortunio (VALIDE SOLO PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA)	17
Condizioni Particolari di Assicurazione	18
Art. 12 – Delimitazione dell'Assicurazione	18
Art. 13 – Persone non assicurabili	18
Art. 14 – Estensione territoriale	19

Art 16 – Criteri di liquidazione.....	20
Art. 16.1 – Liquidazione della garanzia Indennità di Ricovero Ospedaliero	20
Art. 16.2 – Sinistri in strutture convenzionate con la Società.....	20
Art. 16.3 – Sinistri in strutture non convenzionate con la Società.....	21
Art. 16.4 – Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale	21
Art. 16.5 – Reportistica sinistri.....	22
Art. 17 – Pagamento del premio - decorrenza dell'Assicurazione.....	22
Art. 18 – Controversie.....	22
Art. 19 – Foro competente	22
Art. 20 – Durata del contratto	22
Art. 21 – Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato alla Società.....	23
Art. 22 – Clausola Broker	23
Art. 23 – Imposte	23
Art. 24 – Inclusioni nel corso dell'anno	23
Art. 25 – Premio.....	24
Allegato n° 1	25
Allegato n° 2	28

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

PREMESSA

La validità del presente contratto è subordinata alla sussistenza in vigore della **polizza A)** del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento.

La copertura è operante per le prestazioni oggetto di *Assicurazione* rese necessarie da situazioni patologiche insorte successivamente alla decorrenza dell'*Assicurazione*. **Sono escluse dalla garanzia le prestazioni rese necessarie da patologie preesistenti a tale data**, fatto salvo le cure e gli *interventi chirurgici* effettuati per l'eliminazione o la correzione di *difetti fisici* o *malformazioni* congenite nei primi dodici mesi di vita del bambino neonato.

Al presente contratto possono aderire i soggetti indicati all'art. 2 che segue.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal *Contraente* /*Assicurato*.

DEFINIZIONI

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.

ASSICURAZIONE

Il Contratto di *Assicurazione* sottoscritto dal *Contraente*.

BROKER

L'intermediario che, ai sensi dell'art. 109, comma 2 lettera b) del D. Lgs. 209/2005, ha ricevuto l'incarico dal *Contraente* per l'assistenza nella stipulazione, gestione ed esecuzione del presente Contratto di *Assicurazione*.

POLIZZA

Il documento che prova l'*Assicurazione*.

CONTRAENTE

L'Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco.

ASSICURATO

Le persone nel cui interesse è stipulata l'*Assicurazione*.

NUCLEO FAMILIARE

Il coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti dallo stato di famiglia o fiscalmente a carico.

SOCIETA'

Compagnia Assicuratrice.

PREMIO

La somma dovuta alla *Società*.

INFORTUNIO

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

MALATTIA

Qualunque alterazione dello stato di salute non dipendente da *infortunio*.

MALFORMAZIONE

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

MASSIMALE

La massima spesa rimborsabile per tutti i componenti del *nucleo familiare* che fa capo all'*Assicurato*, per una o più *malattie* e/o *infortuni* che diano diritto al rimborso nell'anno assicurativo.

DIFETTO FISICO

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

ISTITUTO DI CURA

Ospedale, Clinica o Istituto universitario, Casa di Cura, regolarmente autorizzata dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, **con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.**

RICOVERO

Degenza in *Istituto di cura* che comporti pernottamento documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

DAY-HOSPITAL

La degenza esclusivamente diurna, ancorché non ininterrotta, in *Istituto di cura*, resa necessaria per l'espletamento di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e/o riabilitativo, che non comportano la necessità di *ricovero* ordinario, ma che comunque richiedono, per la loro natura e complessità, un regime di assistenza medica ed infermieristica continuativa.

La degenza deve essere documentata da cartella clinica dalla quale risultino i giorni di effettiva presenza dell'*Assicurato* nell'*Istituto di cura*.

INTERVENTO CHIRURGICO

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, compresi quelli utilizzando Laser, Criochirurgia o termoablazione.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE/ DAY-SURGERY

L'intervento di chirurgia, effettuato senza *ricovero*, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'*Assicurazione*.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla *Società* in caso di *sinistro*.

DIARIA GIORNALIERA

Indennizzo giornaliero erogato dalla *Società* in caso di *ricovero* comportante pernottamento o in regime di *Day-Hospital* sia medico che chirurgico.

FRANCHIGIA

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'*Assicurato*.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero di giorni per i quali non viene corrisposto all'*Assicurato* l'importo contrattualmente garantito.

SCOPERTO

Percentuale del danno indennizzabile che resta a carico dell'*Assicurato*.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Cartella Clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci), nonché del certificato del PS in caso di *infortunio*.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal *Contraente /Assicurato*.

In caso di *infortunio* occorso durante l'attività lavorativa dichiarazione del Comando comprovante l'*infortunio* occorso durante l'attività professionale.

STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA

Istituto di cura, Poliambulatorio, Centro Specialistico e relativi Medici Chirurghi con cui la *Società* ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una *malattia*.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

Condizioni Generali di Assicurazione

Art. 1 – Definizioni

Nel testo, la parola "*Società*" designa la Compagnia così come indicata nella sezione Definizioni, per "*Contraente*" si intende l'Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, per "*Assicurato*" il soggetto a favore del quale è prestata l'*Assicurazione*.

Art. 2 – Assicurati

Sono assicurati con il presente contratto i soggetti che aderiscono compilando l'apposito modulo di adesione e versano un *premio* a proprio carico nei modi e termini indicati. Gli *Assicurati* devono rientrare tra una delle seguenti tipologie:

- *Nucleo familiare* del personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento;
- Personale dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio *nucleo familiare*;
- Personale in quiescenza del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, e dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio *nucleo familiare*.

La validità della copertura assicurativa per ogni *Assicurato* è subordinata a:

- appartenenza al Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, del capo nucleo del *nucleo familiare* aderente;
- pensionamento dal Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, o dall'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile del caponucleo aderente per sé ed il proprio *nucleo familiare*;
- appartenenza all'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile del caponucleo aderente per sé ed il proprio *nucleo familiare*.

In caso di cessazione delle condizioni sopra indicate le garanzie del presente contratto cesseranno con effetto dalla prima scadenza anniversaria successiva.

Art. 3 – Oggetto dell'Assicurazione

L'*Assicurazione* è operante in caso di *malattia* e/o *infortunio*, purché **occorso durante l'operatività del contratto**, per le seguenti prestazioni:

- *Diaria giornaliera* per tutti i tipi di *ricoveri* in *Istituto di cura* pubblico o privato, anche per parto cesareo (**escluse le *malattie* derivanti dalla gravidanza, il parto naturale e il puerperio**);
- Prestazioni di alta specializzazione;
- *Malattie* oncologiche;
- *Malattie* cardiovascolari;
- Prevenzione;
- Chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva;
- Garanzie aggiuntive (**VALIDE SOLO PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA**)

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

Art. 4 – Indennità di Ricovero Ospedaliero

Nel caso l'Assicurato venga dimesso nella stessa giornata, oppure il giorno successivo venga ricoverato nuovamente, i due eventi verranno considerati come un solo *ricovero*.

Nel solo caso di dimissione in giornata pre-festiva il ricovero successivo dovrà avvenire entro il primo giorno feriale successivo.

In caso di *ricovero* che comporti il rimborso di prestazioni nell'ambito delle garanzie "Malattie Oncologiche", "Malattie Cardiovascolari", "Grandi Ustioni", "Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici", "Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale", "Rischio nucleare", "Terapia iperbarica", "Terapia fisica e riabilitazione", la *diaria giornaliera* verrà erogata in aggiunta al predetto rimborso.

Art. 4.1 – Ricovero con intervento chirurgico

Qualora l'Assicurato sia ricoverato in *Istituto di cura*, pubblico o privato, per l'esecuzione di un *intervento chirurgico*, la Società riconosce una *diaria giornaliera* di € 60 al giorno.

In caso di *Day-Surgery* ed *intervento chirurgico ambulatoriale* la *diaria giornaliera* riconosciuta sarà pari a € 40,00 senza applicazione di alcuna *franchigia* temporale.

In caso di *ricovero* a seguito di un "Grande *Intervento chirurgico*", intendendosi per tali quelli da elenco allegato n.° 1, la *diaria giornaliera* riconosciuta sarà pari ad € 70,00.

La *diaria giornaliera* viene erogata **per un massimo di 60 giorni per ogni sinistro** e verrà riconosciuta **a partire dal 6 giorno di ricovero**, tranne per i casi di "Grande *Intervento chirurgico*" dove verrà riconosciuta a partire dal 1° giorno di *ricovero*.

La *diaria giornaliera* di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto cesareo senza applicazione di alcuna *franchigia* temporale.

Nel caso di *ricovero* con *intervento chirurgico*, oltre alla *diaria giornaliera*, la Società provvederà al rimborso integrale delle spese sostenute, **fino alla concorrenza di € 3.750,00 per persona e per anno assicurativo**, per visite specialistiche e *accertamenti diagnostici* effettuati **nei 45 giorni precedenti il ricovero**. La Società provvederà inoltre al rimborso integrale delle spese sostenute per visite specialistiche, medicazioni, ausili e presidi, *accertamenti diagnostici*, trattamenti fisioterapici e riabilitativi comprese le cure fango balneo massoterapiche e idropiniche (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**), la medicina palliativa e terapia del dolore **purché praticate dal medico**, effettuati **nei 60 giorni successivi alla dimissione** dall'*Istituto di cura*.

Qualora, in caso di *ricovero* dell'Assicurato, **sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante**, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'Assicurato, viene garantito un **massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo**, per spese di vitto e pernottamento in *Istituto di cura*, **nel limite di € 50,00 al giorno**.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Resta inteso che **le spese pre e post ricovero e le spese per l'Accompagnatore sono liquidabili soltanto in caso di corresponsione della diaria.**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

Art. 4.2 – Ricovero senza intervento chirurgico

Qualora l'Assicurato sia ricoverato in *Istituto di cura*, pubblico o privato, anche in regime di *Day-Hospital*, senza effettuazione di *intervento chirurgico*, la Società riconosce una *diaria giornaliera* di € 20,00.

La *diaria giornaliera* viene erogata **per un massimo di 60 giorni per ogni sinistro** e verrà riconosciuta **a partire dal 4° giorno di ricovero**. La **giornata di entrata e di uscita sono considerate una sola giornata**, qualunque sia l'ora del *ricovero* e della dimissione. In caso di *Day Hospital* non verrà applicata alcuna *franchigia* temporale.

Limitatamente al personale in quiescenza si intendono compresi i *ricoveri* per trattamenti chemioterapici ormonali, immunoterapeutici, citostatici, antiblastici, cobaltoterapici e radioterapici per *malattie* oncologiche anche se non dipendenti da motivi/causa di servizio.

Qualora, in caso di *ricovero* dell'Assicurato, **sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante** si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'Assicurato, viene garantito un **massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo**, per spese di vitto e pernottamento in *Istituto di cura*, **nel limite di € 50,00 al giorno**.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore nei limiti sopra indicati.

Resta inteso che **le spese le spese per l'Accompagnatori sono liquidabili soltanto in caso di corresponsione della diaria**.

Art. 5 – Alta specializzazione

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraricovero:

- Chemioterapia
- Radioterapia e radiochirurgia a scopo non fisioterapico
- Elettroencefalografia
- Risonanza Magnetica Nucleare anche con liquido di contrasto (*)
- Angio RMN anche con liquido di contrasto (*)
- Scintigrafia (*)
- Ecocardiografia color Doppler (anche transesofagea)(*)
- Tomografia Assiale Computerizzata senza e con mezzo di contrasto (*)
- Tomografia emissione positroni PET (*)
- Mineralometria ossea computerizzata (*)
- Ricerche genetiche per *malformazioni*, Amniocentesi, Prelievo dei villi coriali e Analisi del cariotipo
- Elettrocardiogramma normale (*)
- Elettrocardiogramma da sforzo (*)
- Elettrocardiogramma Holter (*)
- Ecografia prostatica transrettale (*)
- Ecografia transvaginale (*)
- Ecografia scrotale (*)
- Ecografia vascolare color Doppler dei vasi epiaortici (*)
- Ecografia della tiroide anche color Doppler (*)
- Ecografia dell'apparato locomotore arti superiori ed inferiori anche color Doppler (*)
- Ecografia addome superiore ed inferiore anche color Doppler (*)

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

- Adroterapia
- Ultrasonografia Ossea quantitativa
- TC Multislice coronarica
- Angiografia di qualsiasi tipo
- Laserterapia non a scopo fisioterapico (in quanto già prevista nella garanzia “Terapia Fisica”)
- Esame urodinamico completo
- Elettromiografia
- Esofagogastroduodenoscopia
- Rettosigmoidocolonscopia
- Cistoureteroscopia
- Esofagogastroduodenoscopia
- Rettosigmoidocolonscopia
- Cistoureteroscopia

(*) compresa la visita specialistica relativa, **purché l'esame di diagnostica, anche per immagini e la visita siano effettuati**, anche non contestualmente, **presso strutture convenzionate**.

Nell'ambito della diagnostica per immagini sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, agobiopsia, biopsia, Pap test e relativi esami citodiagnostici).

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata **fino a concorrenza di € 6.700,00 per persona e per anno assicurativo**.

Nel caso di utilizzo di *strutture sanitarie convenzionate* con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime **con l'applicazione di una franchigia pari a € 30,00**.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato **previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile pari a € 80,00 per ogni accertamento diagnostico od ogni ciclo di terapia**.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

La garanzia di cui al presente articolo è operante in presenza di prescrizione medica contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Art. 6 – Malattie oncologiche

Nel caso in cui all'Assicurato, durante la validità del contratto, venga diagnosticata una neoplasia maligna a carico di un qualunque organo, la Società riconosce un **massimale di € 25.000,00 per persona e per anno assicurativo**, per spese sostenute per *intervento chirurgico* e spese correlate, visite specialistiche, *accertamenti diagnostici*, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, trattamenti psicoterapici, supporto psicologico **su prescrizione del medico specialista oncologo o psichiatra**, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia e delle sequele tutte nonché le prestazioni di medicina palliativa e terapia del dolore **purché praticate dal medico**.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

In caso di *ricovero* fuori dalle strutture convenzionate con la *Società*, le spese sostenute vengono rimborsate **previa applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile pari a € 1.500,00.**

Qualora per le spese extra ospedaliere, l'Assicurato si rivolga a strutture non convenzionate con la *Società*, le spese sostenute vengono rimborsate **previa applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile pari a € 90,00.**

In tutti i casi, in caso di utilizzo delle strutture convenzionate con la *Società* non verrà applicato nessuno scoperto e/o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la *Società* rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato, compresi quelli del Pronto Soccorso.

Qualora, in caso di *ricovero* dell'Assicurato, **sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante** si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'Assicurato, viene garantito un **massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo**, per spese di vitto e pernottamento in *Istituto di cura*, **nel limite di € 50,00 al giorno.**

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore nei limiti sopra indicati.

Art. 7 – Malattie cardiovascolari

In caso di *malattia* cardiaca comportante:

- ischemia del miocardio in tutte le sue varianti anatomocliniche e fisiopatologiche
- termoablazione o crioablazione transcatetere a cuore aperto o per via percutanea
- by-pass aorto-coronarico
- angioplastica coronarica percutanea senza o con apposizione di stent anche medicati
- tromboendarterectomia carotidea/trattamento chirurgico delle stenosi carotidee con tromboendarterectomia carotidea o per via percutanea con stent anche medicato
- chirurgia cardiaca valvolare a cuore aperto o per via percutanea
- chirurgia vascolare dell'aorta toracica, aorta addominale ed arterie iliache a cielo aperto o per via percutanea, anche con apposizione di stent medicati o endoprotesi vascolari
- impianto di pacemaker cardiaci (PMK e CRT)
- cardiovertitore-defibrillatori impiantabili

viene assicurato un **massimale per persona e per anno di € 25.000,00** per spese sostenute per *intervento chirurgico* e spese correlate, visite specialistiche, *accertamenti diagnostici*, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia cardiovascolare.

In caso di *ricovero* fuori dalle strutture convenzionate con la *Società*, le spese sostenute vengono rimborsate **previa applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile pari a € 1.500,00.**

Qualora per le spese extra ospedaliere, l'Assicurato si rivolga a strutture non convenzionate con la *Società*, le spese sostenute vengono rimborsate **previa applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile pari a € 90,00.**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

In tutti i casi, in caso di utilizzo delle strutture convenzionate con la Società non verrà applicato nessuno scoperto e/o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato, compresi quelli del Pronto Soccorso.

Qualora, in caso di *ricovero* dell'Assicurato, **sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante** si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'Assicurato, viene garantito un **massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo**, per spese di vitto e pernottamento in *Istituto di cura*, **nel limite di € 50,00 al giorno**.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore nei limiti sopra indicati.

Art. 8 – Prevenzione

La Società garantisce l'effettuazione delle prestazioni di seguito descritte, **una sola volta per anno assicurativo, purché eseguite presso le strutture sanitarie convenzionate con essa.**

- Esame mammografico **per le Assicurate che abbiano compiuto il 35° anno di età (per l'esecuzione di questo esame è necessaria la prescrizione medica);**
- ecografia mammaria (compresa la visita specialistica associata);
- esame di laboratorio P.S.A., eseguito **una volta per anno assicurativo, per gli Assicurati che abbiano compiuto il 50° anno di età;**
- endoscopia respiratoria:
 - rinoscopia;
 - faringoscopia;
 - laringoscopia;
 - tracheoscopia;
 - broncoscopia;
- endoscopia dell'apparato urinario;
- endoscopia digestiva:
 - esofagogastroduodenoscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);
 - rettosigmoidocolonscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);
- haemocult (ricerca sangue occulto nelle feci);
- esame citologico delle urine (3 campioni);
- TC spirale e HRCT (tomografia computerizzata ad alta risoluzione) - **(per l'esecuzione di questo esame è necessaria la prescrizione medica)**

Nell'ambito della diagnostica per immagini ed endoscopica sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, agobiopsia, esami citodiagnostici con biopsia, escissioni di formazioni sessili o peduncolate, trattamenti curativi TC o Eco guidati).

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

Art. 9 – Chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva

Viene garantito il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento di chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva **qualora non sia possibile ottenere una sufficiente acuità visiva con l'uso di adatte lenti** (occhiali, lenti corneali) **da certificarsi a cura di specialista oculista dipendente di struttura sanitaria pubblica che dovrà evidenziare la motivazione dell'eventuale intolleranza all'uso delle lenti da vista** (occhiali, lenti corneali) **oppure l'impossibilità di correzione del difetto visivo con l'uso di adatte lenti da vista** (occhiali, lenti corneali).

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata **fino a concorrenza di € 1.000,00 per occhio** per il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento nonché le spese sostenute correlate, in strutture convenzionate.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato **previa applicazione di una franchigia di € 600,00 per evento**.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato compresi quelli del pronto soccorso.

Qualora, in caso di *ricovero* dell'Assicurato, **sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante** si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'Assicurato, viene garantito un **massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo**, per spese di vitto e pernottamento in *Istituto di cura*, **nel limite di € 50,00 al giorno**.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Art. 10 – Trasporto

Nel caso di *ricovero* dovuto a "Grande intervento", "Malattia oncologica", "Malattia cardiovascolare", "Grandi ustioni", "Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici", "Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale", "Rischio nucleare", "Terapia iperbarica", la Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'*Istituto di cura* in ambulanza, con unità di terapia intensiva mobile, con aereo di linea, aereo sanitario, elisoccorso, treno, vagone letto di trasferimento da un *Istituto di cura* ad un altro e di rientro alla propria abitazione **con il massimo di € 3.500,00 per ricovero**.

Il massimo si intende **elevato a € 25.000,00 in caso di utilizzo di aereo sanitario**.

Nell'ambito del *massimale* indicato rientrano in garanzia le spese di viaggio documentate (treno o aereo di linea) sostenute da un eventuale accompagnatore.

Art. 11 – Garanzie Aggiuntive (VALIDE SOLO PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA)

La copertura comprende le seguenti garanzie aggiuntive operanti per eventi avvenuti durante lo svolgimento dell'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali.

Art. 11.1 – Terapia fisica e riabilitazione (VALIDE SOLO PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA)

Per gli *infortuni* **subiti durante la precedente attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali** del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, **documentati da certificato di pronto soccorso o da certificazione medica equipollente di**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

medico specialista attinente all'evento o da attestazione da parte del dirigente dell'ufficio di appartenenza, viene garantito un **massimale pari a € 2.500,00 per persona e per anno assicurativo** per le prestazioni di terapia fisica e riabilitazione necessarie, **così come specificatamente indicate da certificazione medica di specialista in medicina dello sport, ortopedia, fisiatria o traumatologia, fino a 18 mesi dall'infortunio.**

Le prestazioni potranno essere effettuate **esclusivamente presso strutture sanitarie convenzionate con la Società.**

Art. 11.2 – Grandi Ustioni a seguito di infortunio (VALIDE SOLO PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA)

La Società garantisce il rimborso delle spese mediche che l'Assicurato debba affrontare a causa di incidenti **occorsi durante la precedente attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali** del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, , ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, dai quali **derivino ustioni di secondo o di terzo grado che interessino almeno il nove per cento della superficie corporea**, ad eccezione delle ustioni di secondo e terzo grado che interessino il volto, le mani e gli arti superiori, qualunque sia l'entità della superficie corporea interessata.

Sono pertanto considerati in garanzia gli *interventi chirurgici* di plastica ricostruttiva, le spese mediche preparatorie all'intervento e quelle successive, farmaci, le protesi, gli ausili ed i presidi sanitari, visite specialistiche ed altre prestazioni mediche necessarie per la cura e il recupero funzionale della parte lesa compresi i trattamenti fisioterapici, riabilitativi, psicoterapici e fango balneo terapici (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**) o anche esclusivamente per la riparazione estetica.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato compresi quelli del pronto soccorso.

Per tutto quanto sopra elencato viene previsto un **massimale pari a € 17.920,00 per persona e per anno assicurativo.**

Qualora, in caso di *ricovero* dell'Assicurato, **sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante** si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'Assicurato, viene garantito un **massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo**, per spese di vitto e pernottamento in *Istituto di cura*, **nel limite di € 50,00 al giorno.**

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Art. 11.3 – Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici a seguito di infortunio (VALIDE SOLO PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA)

Nel caso di *infortuni* avvenuti **durante la precedenti attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali** del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, **purché nell'arco della validità contrattuale**, dai quali derivino avvelenamenti, intossicazioni da fumi, gas e vapori, shock e traumi anche psichici, **certificati da un Pronto Soccorso**, viene riconosciuto all'Assicurato un **massimale di € 22.000,00 per persona e per anno assicurativo**, per il rimborso delle spese sostenute per *intervento chirurgico* e spese correlate, visite specialistiche, *accertamenti diagnostici*, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, trattamenti psicoterapici, supporto psicologico **su prescrizione del medico specialista psichiatra**, farmaci, protesi, gli ausili, i presidi sanitari e altre prestazioni

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'*infortunio* o della susseguente eventuale patologia.

Relativamente ai **traumi psichici** verrà applicato un **sottolimito di spesa pari a € 500,00**.

Qualora l'*Assicurato* si rivolga a strutture non convenzionate con la *Società*, le spese sostenute vengono rimborsate **previa applicazione di uno scoperto del 20%**.

Nel caso in cui l'*Assicurato* si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la *Società* rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'*Assicurato* compresi quelli del pronto soccorso.

Qualora, in caso di *ricovero* dell'*Assicurato*, **sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante** si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'*Assicurato*, viene garantito un **massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo**, per spese di vitto e pernottamento in *Istituto di cura*, **nel limite di € 50,00 al giorno**.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore nei limiti sopra indicati.

Art. 11.4 – Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio (VALIDE SOLO PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA)

Nel caso di *infortuni* avvenuti **durante la precedente attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali** del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, che causino la perdita dell'udito anche parziale (*) e/o della vista anche monolaterale, **certificata da un Pronto Soccorso**, viene riconosciuto all'*Assicurato* un **massimale di € 24.000,00 per persona e per anno assicurativo**, per il rimborso delle spese sostenute per *intervento chirurgico* e spese correlate visite specialistiche, *accertamenti diagnostici*, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi, gli ausili, i presidi sanitari e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'*infortunio* o della susseguente eventuale patologia.

Qualora, in caso di *ricovero* dell'*Assicurato*, **sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante** si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'*Assicurato*, viene garantito un **massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo**, per spese di vitto e pernottamento in *Istituto di cura*, **nel limite di € 50,00 al giorno**.

Nel caso in cui l'*Assicurato* si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la *Società* rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'*Assicurato* compresi quelli del pronto soccorso.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore nei limiti sopra indicati.

(*) **La perdita dell'udito dovrà essere corrispondente ai livelli stabiliti dal D.M. (Interno) del 29/10/2019 che determinano l'invalidità al servizio di Istituto** (Per perdita uditiva si intende: la sordità monolaterale; le ipoacusie bilaterali con perdita di funzionalità uditiva in dB maggiore di 65 calcolata sulla media delle cinque frequenze fondamentali (500 1000 2000 3000 4000 Hz)).

I parametri sopra indicati sono applicati anche al personale SATI.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

Art. 11.5 – Rischio nucleare (VALIDE SOLO PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA)

Nel caso in cui l'Assicurato nell'espletamento della precedente attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, sia venuto a contatto, per cause accidentali, con sostanze radioattive e necessiti di cure inerenti, viene garantito un **massimale di € 17.920,00 per persona e per anno assicurativo**, per il rimborso delle spese sostenute per visite specialistiche, *accertamenti diagnostici*, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, gli ausili, i presidi sanitari ed altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'*infortunio* e della eventuale patologia correlata.

Qualora, in caso di *ricovero* dell'Assicurato, **sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante** si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'Assicurato, viene garantito un **massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo**, per spese di vitto e pernottamento in *Istituto di cura*, **nel limite di € 50,00 al giorno**.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato compresi quelli del pronto soccorso.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore nei limiti sopra indicati.

Art. 11.6 – Terapia iperbarica (VALIDE SOLO PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA)

Nel caso in cui **durante la precedente attività lavorativa** il Vigile del Fuoco sia stato colpito, per cause accidentali, da *malattia* da decompressione, da embolia gassosa, da avvelenamento da monossido di carbonio, da ustioni o da altri eventi correlati, la Società liquiderà le spese correlate per terapie iperbariche di mantenimento, **nel limite di € 12.750,00 per persona ed anno assicurativo**.

Art. 11.7 – Traumi dentari a seguito di infortunio (VALIDE SOLO PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA)

Nel caso di *infortuni* avvenuti **durante la precedente attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali** del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, **certificati da un Pronto Soccorso, purché nell'arco della validità contrattuale**, che comportino la necessità di cure dentarie ricostruttive comprese le applicazioni protesiche di singoli o multipli elementi dentari, vengono rimborsate le spese sostenute **nell'ambito di un massimale di € 10.000,00 per persona e per anno assicurativo**.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato compresi quelli del pronto soccorso.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal *Contraente* /*Assicurato*.

Condizioni Particolari di Assicurazione

Art. 12 – Delimitazione dell'Assicurazione

Sono escluse dal rimborso le spese per:

- la cura delle **malattie mentali** e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici (salvo quanto previsto dall'art. 11.3);
- la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- il rimborso delle spese relative ad **infortuni** derivanti da sports aerei, dalla partecipazione a corse, gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) purché non preventivamente autorizzate dall'Amministrazione;
- gli **infortuni** sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'*Assicurato*, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza e negligenza anche grave dell'*Assicurato* stesso.

Sono inoltre esclusi dall'*Assicurazione*:

- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da *infortunio*, e salvo quanto previsto all'articolo "*Malattie oncologiche*", "*Malattie cardiovascolari*" e Grandi Ustioni a seguito di *infortunio*);
- le cure dentarie e delle paradontopatie, nonché le visite e gli esami diagnostici di natura odontoiatrica, e le protesi dentarie (salvo quanto previsto all'articolo "*Traumi dentari*" e salvo in caso di *infortunio* comprovato da referto di pronto soccorso pubblico nei limiti di quanto previsto dagli artt. 4, 4.1, 4.2);
- le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici (salvo quanto previsto agli articoli "*Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi, anche psichici, a seguito di infortunio*", "*Grandi Ustioni a seguito di infortunio*", "*Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio*", "*Malattie cardiovascolari*", "*Malattie oncologiche*") di ortodonzia o terapeutici;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti (salvo quanto previsto dall'articolo "*Rischio nucleare*");
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici salvo che si tratti di interventi legati all'attività di servizio.

Art. 13 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

In ogni caso l'*Assicurazione* cessa con il loro manifestarsi.

Il *Contraente* dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di 75 anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla *Società* nel momento in cui si dovesse verificare.

In ogni caso l'*Assicurazione* cessa alla prima scadenza annuale successiva per l'*Assicurato* che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al *Contraente* al netto degli oneri fiscali.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

Art. 14 – Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 15 – Modalità di attivazione delle prestazioni – portale Web e/o App e Centrale operativa (Call Center)

La Società garantisce l'accesso alle prestazioni da parte degli assistiti mediante i seguenti servizi:

a. Portale WEB e/o APP

La Società garantisce la disponibilità, dal momento della stipula del contratto, del proprio portale web/sito internet e/o APP, di facile accessibilità da parte dei soggetti assistiti, che, anche allo scopo di evitare il più possibile l'utilizzo del supporto cartaceo, consente agli Assistiti di:

- (1) attivare le richieste di assistenza diretta e indiretta, allegando la relativa *documentazione sanitaria* e di spesa, in ottemperanza alla disciplina del Codice per la protezione dei dati personali, sia in termini di informativa al trattamento che in termini di misure di sicurezza;
- (2) scaricare le condizioni generali di assistenza, l'elenco aggiornato delle *Strutture Sanitarie convenzionate*, la modulistica di supporto all'assistito nell'ipotesi di attivazione del servizio via fax o mail;
- (3) visualizzare lo stato delle richieste di autorizzazione e delle pratiche di rimborso inserite o delle richieste di assistenza per la risoluzione di problematiche inerenti all'utilizzo del portale;
- (4) visualizzare e stampare un elenco delle prestazioni erogate per anno solare, sia in regime di assistenza diretta che in regime di assistenza indiretta;

b. Centrale Operativa (Call center)

La Società garantisce la disponibilità, dal momento della stipula del contratto, di una Centrale Operativa raggiungibile tutti i giorni feriali (dal lunedì al venerdì), dalle 9.00 alle 18.00 attraverso i seguenti numeri telefonici dedicati:

- Per chi chiama dall'Italia: 800 954454
- Per chi chiama dall'Estero: +39 011 7425522

e che assicura i seguenti servizi:

- informazioni sulle strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni);
- informazioni sul piano sanitario;
- modalità di attivazione delle garanzie (assistenza diretta e indiretta);
- informazioni sui centri medici specializzati e sulle strutture convenzionate;
- informazioni riguardo alle modalità di attivazione delle prestazioni dirette e indirette;
- gestione delle pratiche individuali di assistenza diretta e indiretta o altre prestazioni attivate o da attivare previste dal Piano per il personale;
- gestione problematiche inerenti all'utilizzo del portale web e/o App (in ordine a iscrizioni, variazioni, inserimento documentazione ecc.).

Si precisa che **l'Assicurato o chi per esso per usufruire della struttura convenzionata dovrà, almeno 72 ore prima di quando intende effettuare la prestazione, inserire la richiesta nella piattaforma web e/o app o contattare la Centrale Operativa e specificare la prestazione richiesta.**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla piattaforma web e/o app o alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato al successivo articolo 16.2 “Sinistri in strutture convenzionate con la Società”.

Qualora l'Assicurato utilizzi una *struttura sanitaria convenzionata* con la Società senza avere preventivamente prenotato la prestazione tramite piattaforma web e/o app o Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, **le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate all'articolo 16.3 “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società”.**

Art 16 – Criteri di liquidazione

Si precisa che nel caso di uno o più *sinistri* dipendenti dallo stesso evento (*malattia o infortunio*) che interessi più prestazioni, la Società rimborserà l'importo massimo, per persona e per anno, indicato nelle singole garanzie salvo l'applicazione di eventuali *scoperti e franchigie* in esse previste.

Art. 16.1 – Liquidazione della garanzia Indennità di Ricovero Ospedaliero

Per ottenere la corresponsione dell'indennità giornaliera prevista in *polizza*, nonché il rimborso delle spese sostenute nei 45 giorni precedenti e successivi il *ricovero con intervento chirurgico* l'Assicurato deve inviare direttamente all'Assicuratore il modulo di denuncia del *sinistro* corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale e di ogni altra *documentazione sanitaria* utile alla liquidazione del *sinistro*.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

La Società effettua il pagamento dell'indennità direttamente all'Assicurato entro 25 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della *documentazione sanitaria*, sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

L'indennità verrà corrisposta in Italia Euro.

Art. 16.2 – Sinistri in strutture convenzionate con la Società

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della *malattia* accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di *ricovero* dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa (fatture e ricevute) a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di *polizza*, eccedenti il *massimale* assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un *intervento chirurgico* o un *ricovero* medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al *ricovero* verranno liquidate con le modalità previste al successivo punto 16.3.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

Si precisa che l'Assicurato può accedere a qualsiasi struttura convenzionata presente su tutto il territorio nazionale.

In mancanza di struttura convenzionata in prossimità della dimora dell'Assicurato, **previa autorizzazione della Centrale operativa**, tutte le spese verranno liquidate con le modalità previste al successivo punto 16.3, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assicurato.

Art. 16.3 – Sinistri in strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, **l'Assicurato deve inviare direttamente alla Società il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica in caso di ricovero e da copia dei certificati medici di prescrizione** in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, **previa consegna alla Società della copia della documentazione di spesa** (distinte e ricevute), **debitamente quietanzata**.

La Società mette a disposizione degli Assicurati un portale web dedicato tramite cui l'Assicurato potrà effettuare le richieste di rimborso e caricare le copie della documentazione di spesa. Il portale consente il caricamento delle copie pdf delle fatture e della documentazione medica, nonché consente all'Assicurato di verificare lo stato di lavorazione delle pratiche e l'aggiornamento della propria anagrafica compreso l'indicazione dell'Iban su cui effettuare i rimborsi.

In alternativa al canale web la Società mette a disposizione degli Assicurati un Modulo di richiesta di rimborso **a cui dovranno essere allegati i documenti di spesa e i certificati in fotocopia. Il Modulo dovrà essere inviato tramite posta all'indirizzo indicato dalla Società.**

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un Ente assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente assistenziale o dal Servizio Sanitario Nazionale. Ovviamente **dal rimborso verrà detratto quanto riconosciuto dai suddetti enti.**

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 25 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, **sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.**

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, ricavato dalle quotazioni della Banca D'Italia.

Art. 16.4 – Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assicurato vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente punto **"Sinistri in strutture non convenzionate con la Società"**.

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 25 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, **sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.**

Il rimborso verrà corrisposto in Italia in Euro.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

Art. 16.5 – Reportistica sinistri

Al termine di ogni semestre, e comunque entro i 30 giorni solari successivi al termine della semestralità, la *Società*, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire alla *Contraente* l'evidenza dei *sinistri* denunciati a partire dalla data di decorrenza della *polizza*. Tale elenco, che dovrà essere fornito in formato Excel tramite file modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura) e riportare il riepilogo delle prestazioni erogate, dovrà essere conforme alla tabella di cui all'allegato 2.

Resta inteso che tutti i dati relativi ai *sinistri*, richiesti nel presente paragrafo, dovranno essere trasmessi ufficialmente dalla *Società* sia in formato elettronico che in formato cartaceo.

Per ciascuna settimana intera di ritardo nella trasmissione della reportistica, la *Società* corrisponderà alla *Contraente* una penale pari a euro 200,00 .

Art. 17 – Pagamento del premio - decorrenza dell'Assicurazione

L'*Assicurazione* ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in *polizza* **se il premio di perfezionamento viene versato al Broker entro i termini prestabiliti** comunicati da ONA **non oltre 90 giorni dalla data di decorrenza del contratto.**

Se non vengono pagati i premi o le rate di premio successive entro i termini prestabiliti, l'Assicurazione si intenderà cessata e non sarà possibile rinnovare la copertura fino alla naturale scadenza contrattuale.

I premi devono essere corrisposti alla *Società* per il tramite del *Broker* a cui è affidato il contratto.

Art. 18 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della *malattia* o dell'*infortunio*, nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, le parti possono conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di *polizza* ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede presso il capoluogo della Regione dove dimora l'*Assicurato*.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 19 – Foro competente

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente art. 18 è competente, a scelta della parte attrice, il Foro di residenza o sede del convenuto ovvero quello del luogo ove ha sede la *Società Contraente*.

Art. 20 – Durata del contratto

L'*Assicurazione* ha durata 36 mesi e ha effetto dalle ore 24 del 30/11/2024 e **scadrà alle ore 24 del 30/11/2027 e cesserà automaticamente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta da ambo le parti.**

La *Società* si impegna a concedere, su richiesta del *Contraente*, una estensione temporanea della presente *Assicurazione* alle medesime condizioni contrattuali ed economiche **fino a un periodo massimo di 180 giorni**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal *Contraente* /*Assicurato*.

decorrenti dalla scadenza, finalizzata all'espletamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova *Assicurazione*, **il relativo rateo di *premio* verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga**.

È comunque nella facoltà delle Parti di disdettare la presente *Assicurazione* ogni anno, mediante **disdetta da inviare tramite Raccomandata A/R o PEC** (posta elettronica certificata) spedita **almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza annuale**.

La *Società* si impegna a concedere, su richiesta del *Contraente* in caso di invio della disdetta, un'estensione della presente *Assicurazione* alle medesime condizioni contrattuali ed economiche **fino a un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza**, finalizzata all'espletamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova *Assicurazione*, **il relativo rateo di *premio* verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga**.

Art. 21 – Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato alla Società

Salvo diversa disposizione specificatamente richiamata nei singoli articoli, **tutte le comunicazioni** alle quali la *Contraente* e l'*Assicurato* sono tenuti **devono essere fatte con lettera raccomandata, fax o posta elettronica**.

Art. 22 – Clausola Broker

L'Ente *Contraente* dichiara di avere affidato la gestione del contratto alla GBSAPRI SpA . Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente *polizza*, la *Società* dà atto che ogni comunicazione fatta dal *Contraente* al *Broker* si intenderà come fatta alla *Società* stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal *Broker* alla *Società* si intenderà come fatta dal *Contraente* stesso. Pertanto tutti i rapporti inerenti il contratto, compreso il pagamento dei *premi*, avverranno per il tramite del *Broker* e la *Società* riconosce che il pagamento dei *premi* effettuato dal *Contraente* a favore del *Broker* si intende come effettuato direttamente alla *Società* stessa ed è da considerarsi liberatorio per il *Contraente*.

L'opera del *Broker*, unico intermediario nei rapporti con la Compagnia di Assicurazione, verrà remunerata dalla Compagnia con la quale vengono stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti nella misura del 6% (sei per cento). La remunerazione del *Broker* non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il *Contraente*, e andrà dalla *Società* assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel *premio*, per gli oneri di distribuzione e produzione.

La *Società* riconosce che la provvigione del *Broker* è a proprio carico.

Art. 23 – Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al *premio*, agli accessori, alla *polizza* ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della *Contraente* per le parti di rispettiva competenza.

Art. 24 – Inclusioni nel corso dell'anno

La garanzia assicurativa è valida per gli *Assicurati* nominativamente indicati nel documento di *polizza* o appendice relativa.

La scheda di adesione dovrà pervenire al *Broker* in qualsiasi momento durante l'annualità contestualmente all'invio della documentazione comprovante il versamento del relativo *premio*, con decorrenza della garanzia dalla data di versamento del *premio*.

In caso di mancato rinnovo annuale dell'adesione, non sarà più possibile aderire in occasione dei successivi rinnovi.

Le richieste di inclusione di nuovi *Assicurati* in corso di garanzia saranno possibili solo nei seguenti casi:

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal *Contraente /Assicurato*.

- **variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza e nuove nascite;**
- **neoassunti o trasferiti** all'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile.

In tali casi **la scheda di adesione dovrà pervenire al *Broker* entro il 30 del mese successivo a quello di variazione** dello stato di famiglia, e/o dell'assunzione o trasferimento, della data del provvedimento di iscrizione al ruolo, **pena la decadenza del diritto.**

La decorrenza della garanzia sarà quella della data di variazione dello stato di famiglia, e/o dell'assunzione o del trasferimento.

Contestualmente dovrà essere inviata la documentazione comprovante il versamento del relativo *premio*.

Ai fini del pagamento del *premio* resta inteso che:

- **se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno assicurativo, la stessa comporta la corresponsione dell'intero *premio* annuo;**
- **se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno assicurativo verrà corrisposto il 50% del *premio* annuo.**

Eventuali esclusioni non comporteranno la restituzione del *premio* relativo al periodo pagato e non goduto.

Art. 25 – Premio

Il *premio* unitario annuo di *polizza* deve intendersi il seguente per ogni categoria:

- *Nucleo familiare* del personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento:
 - Solo coniuge: € 165,00
 - Coniuge e figli: € 390,00
- Personale dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile:
 - Adesione del dipendente Amm. Civile: € 195,00
 - Proprio *nucleo familiare*:
 - Solo coniuge: € 195,00
 - Coniuge e figli: € 495,00
- Personale in quiescenza del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, e dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile:
 - Adesione del dipendente in quiescenza € 375,00 Proprio *nucleo familiare*:
 - Coniuge: € 285,00
 - Coniuge e figli: € 675,00

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

Allegato n° 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollare)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Interventi di enucleazione del globo oculare
- Trapianto corneale a tutto spessore
- Intervento per distacco di retina

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale
- Decompressione della a. vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatici
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- *Interventi chirurgici per ipertensione portale*
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal *Contraente /Assicurato*.

- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazioni di spalla, gomito, anca o ginocchio

TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianto ed espianto di tutti gli organi o parte di essi incluso il midollo osseo

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

Allegato n° 2

REPORT SINISTRI

Andamento sinistri alla data del

Polizza n.

Periodo: dal __/__/__ al __/__/__

Tipologia Prestazione	Numero Sinistri in rete	Liquidato in rete	Numero sinistri fuori rete	Liquidato fuori rete
Diaria da Ricovero con intervento chirurgico				
Diaria per Grande Intervento				
Diaria da Ricovero senza intervento chirurgico				
Alta Specializzazione				
Accertamenti diagnostici				
Visite specialistiche				
Malattie Oncologiche				
Malattie Cardiovascolari				
Prevenzione				
Chirurgia refrattiva				
Terapia Fisica e Riabilitazione				
Grandi Ustioni				
Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici a seguito di infortunio				
Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio				
Rischio nucleare				
Terapia iperbarica				
Traumi dentari a seguito di infortunio				
Altro				

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

REPORT SINISTRI

Andamento sinistri alla data del

Polizza n.

Periodo: dal __/__/__ al __/__/__

Descrizione analitica prestazione	Numero sinistri in Rete	Numero sinistri Fuori Rete	Numero sinistri SSN	Numero sinistri sesso F.	Numero sinistri sesso M.	Totale numero sinistri
Totale complessivo						