Associazione Pensionati
della Cassa di Risparmio di Torino

Dircredito piano ad adesione polizza sanitaria

30/6/04

Sintesi delle garanzie

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per :

A) Area Ricovero

Ricovero con e senza intervento chirurgico, day-hospital, intervento chirurgico ambulatoriale e parto

In strutture sanitarie convenzionate con Unisalute
Pagamento diretto da parte di Unisalute alla casa di cura per le prestazioni erogate senza applicazione di franchigie o scoperti

In strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute
Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 25% minimo non indennizzabile di € 500,00

In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in caso di ricovero a carico del S.S.N.
Rimborso delle eccedenze di spese nel limite dei massimali assicurati

Spese sostenute nei 100 giorni precedenti il ricovero per visite specialistiche e accertamenti diagnostici correlati al ricovero.

Tutte le spese per prestazioni sanitarie sostenute durante il ricovero
I trattamenti fisioterapici e rieducativi sono compresi nel caso di ricovero con intervento chirurgico

Retta di degenza
Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie
In strutture sanitarie convenzionate le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente e integralmente. In strutture sanitarie non convenzionate rimborso nel limite di € 207 al giorno

Accompagnatore
Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura.
In strutture sanitarie convenzionate le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente e integralmente. In strutture sanitarie non convenzionate rimborso nel limite di € 51 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Assistenza infermieristica individuale
Assistenza infermieristica individuale nel limite di € 51 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero

Spese sostenute nei 100 giorni successivi al ricovero nel caso di ricovero con o senza intervento chirurgico per prestazioni sanitarie, trattamenti terapeutici e riabilitativi, medicinali, cure termali correlati al ricovero
I trattamenti fisioterapici e rieducativi sono compresi nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico

PARTO
In strutture convenzionate le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente

a) Parto cesareo
Sia in strutture sanitarie convenzionate sia non convenzionate limite di € 5.000 per anno assicurativo e persona/nucleo
b) Parto non cesareo e aborto
Sia in strutture sanitarie convenzionate sia non convenzionate limite di € 4.000 per anno assicurativo e persona/nucleo

Indennità sostitutiva
In assenza di spese o di richiesta di rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un indennità di € 50 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 60 giorni per ricovero.

Day-hospital
Pagamento delle spese sostenute in regime di day-hospital chirurgico e medico. Non compreso il caso di day-hospital a fine esclusivamente diagnostico

In caso di trapianto
Spese sostenute per il prelievo sul donatore sia deceduto sia vivente
Trasporto sanitario
Rimborso delle spese per trasporto in ambulanza, aereo sanitario o unità coronarica mobile nel limite di € 1.000 per ricovero.

Rimpatrio della salma
In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.550 per singolo/nucleo e per anno assicurativo.

Massimale annuo assicurato € 50.000 per singolo/nucleo familiare

B) Alta specializzazione

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago,Rx tubo digerente
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia torace,Tomografia in genere,
- Tomografia logge renali,Tomoxerografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
Risonanza Magnetica Nucleare
Scintigrafia
Elettromiografia
Dialisi
Laserterapia a scopo fisioterapico
Chemioterapia
Cobaltoterapia

In strutture sanitarie convenzionate con Unisalute
Pagamento diretto da parte di Unisalute alla struttura per le prestazioni erogate senza applicazione di franchigie o scoperti

In strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute
Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 25% con il minimo non indennizzabile di € 50 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia

In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate
Rimborso integrale dei tickets sanitari nel limite del massimale assicurato

Massimale annuo assicurato per persona o per singolo/nucleo familiare € 5.000

C) Visite specialistiche

Tutte le visite specialistiche con l'esclusione delle visite pediatriche e delle prestazioni odontoiatriche e ortodontiche

In strutture sanitarie convenzionate con Unisalute
Pagamento diretto da parte di Unisalute alla struttura per le prestazioni erogate senza applicazione di franchigie o scoperti

In strutture sanitarie private non convenzionate con Unisalute
Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 25% con il minimo non indennizzabile di € 50 per ogni visita specialistica

In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate
Rimborso integrale dei tickets sanitari nel limite del massimale assicurato

Massimale annuo assicurato € 1.000 per singolo/nucleo

D) Malattie oncologiche

Rimborso delle spese extra-ospedaliere per visite, accertamenti diagnostici e terapie oncologiche relattive a malattie oncologiche.

Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo non indennizzabile di € 50 per ogni prestazione o ciclo di terapia

In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate rimborso integrale dei tickets sanitari nel limite del massimale assicurato

Nel caso di estensione al nucleo familiare della copertura, il massimale si intende per l'intero nucleo.

Massimale annuo di € 2.500

E) Servizi di consulenza

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-016626 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.
Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 051.212477

a) Informazioni sanitarie telefoniche
La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attivita' sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie
La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

F) Premi

IL PIANO POTRA' ESSERE ATTIVO AL RAGGIUNGIMENTO DI 100 SOTTOSCRIZIONI

- Per ogni titolare iscritto al Sindacato aderente alla Convenzione **€ 445,00**

- Premio aggiuntivo per ogni singolo familiare inteso come coniuge o convivente more uxorio e figli tutti risultanti da stato di famiglia **€ 330,00**

L'estensione della copertura assicurativa ai componenti del nucleo familiare, potrà essere attivata solo al raggiungimento di un numero minimo di 35 adesioni (nuclei).

Condizioni generali

PERSONE NON ASSICURABILI

Sono definite "persone non assicurabili" coloro le quali abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:
- Tumori insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza;
- Malattie degenerative del sistema nervoso (es.. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza;
- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- Sieropositività all'HIV;
- Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%

e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi qualora sia stata stipulata in presenza di una delle malattie sopraindicate.

PATOLOGIE PARTICOLARI

Le seguenti patologie verranno considerate in garanzia anche se in essere all'atto della sottoscrizione della polizza:

- Miopia
- Cataratta;
- Varici;
- Emorroidi;
- Ricostruzione capsulo-legamentosa delle articolazioni (ad es. menisco, legamenti crociati), ecc.;
- Meniscectomia
- Calcolosi renale ed epatica;
- Diabete;
- Insufficienza renale;
- Malattie a carico della tiroide;
- Ipertrofia prostatica;
- Ernie: tutti i tipi.

Per esse verranno tuttavia osservate le seguenti modalità risarcitorie:

- Indennizzabilità nei due anni dalla sottoscrizione del contratto con riconoscimento di un importo forfetario di € 260 per ogni intervento chirurgico/patologia, a meno che l'Assicurato non dimostri, dietro presentazione di cartella clinica, che l'alterazione sia già stata affrontata chirurgicamente nella medesima sede e/o nel medesimo organo, nel qual caso le spese verranno liquidate secondo le disposizioni dell'art. A "Area ricovero"; qualora il ricovero avvenga in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate con ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale, verrà corrisposta l'indennità sostitutiva prevista al punto "Indennità sostitutiva" per un massimo di 3 giorni.

L'Assicurato potrà in ogni caso avvalersi delle strutture sanitarie convenzionate con la Società con relativa applicazione delle tariffe concordate mantenendo le spese a proprio carico.

- Oltre tale termine temporale, le patologie rientreranno a pieno titolo nelle garanzie di polizza, sia nella forma di assistenza diretta sia nella forma rimborsuale.

Termini di aspettativa:

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni ;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie ;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e le malattie da puerperio;
- del 1° giorno del terzo anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie di cui all'art. "Interventi chirurgici/Patologie particolari", fermo quanto previsto al medesimo articolo.
- del 1° giorno del sesto anno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le infezioni da HIV.

REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

La presente copertura assicurativa è prestata sulla base della dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetto da alcuna della patologie comportanti la non assicurabilità del soggetto elencate al punto "Persone non assicurabili"; la suddetta dichiarazione forma parte integrante del contratto.
Pertanto, qualora la Società riscontri elementi di difformità rispetto a quanto dichiarato, verrà applicato quanto previsto dagli artt. 1892 e 1893 c.c..

Esclusione di polizza

L'assicurazione non è operante per:

1) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, in particolare artroprotesi e sostituzione di impianti protesici, ad eccezione di quanto previsto al punto "Interventi chirurgici/Patologie particolari";

2) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;

3) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni ;

4) gli infortuni derivanti dalla pratica di sports aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;

5) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;

6) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);

7) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

8) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio ;

9) i ricoveri per aborti non terapeutici e per malattie dipendenti da gravidanza, qualora la gravidanza abbia avuto inizio in un momento precedente a quello di effetto dell'assicurazione ;

10) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie nonché le cure dentarie ;

11) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

12) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

LIMITI D'ETA'

L'assicurazione può essere stipulata da persone che, al momento della stipulazione del contratto, non abbiano superato il 70° anno di età e può essere mantenuta fino al raggiungimento dell'80° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dell'Assicurato.
Nel caso di pluralità di Assicurati, la cessazione ha effetto soltanto relativamente al rapporto del soggetto assicurato che abbia superato l'80° anno di età.