

GALENO

Regolamento 2024



Valido dal 1° gennaio 2024

Valido dal 1° gennaio 2024

GALENO REGOLAMENTO 2024



Norme generali

L'etica di Galeno	pag. 11
Art. 1 - Requisiti e modalità di iscrizione	pag. 12
Art. 2 - Iscrizione, ampliamento, decorrenza ed efficacia delle prestazioni	pag. 13
Art. 3 - I contributi	pag. 13
Art. 4. - Le variazioni	pag. 16
Art. 5 - Il circuito virtuoso	pag. 18
Art. 6 - Il fondo di solidarietà	pag. 20
Art. 7 - Il piano Cent'anni	pag. 20
Art. 8 - Assistenza ai soci	pag. 21
Art. 9 - Modifica delle modalità e limiti di assistenza	pag. 22
Art. 10 - Controversie	pag. 23
Art. 11 - Ricevute e dichiarazioni fiscali	pag. 23
Art. 12 - Richiesta di prestazioni al fondo e liquidazione dei danni	pag. 23
Art. 13 - Privacy. Tutela dei soci rispetto al trattamento dei dati personali	pag. 24
Art. 14 - Organi istituzionali e operativi	pag. 31
Tabella dei contributi mensili	pag. 32

Ombrello - Fondo sanitario integrativo

Art. 1 – Oggetto del Regolamento	pag. 37
Art. 2 – L'assistenza sanitaria	pag. 38
Art. 3 – Ltc Long term care	pag. 59
Art. 4 – Assistenza odontoiatrica	pag. 68
Art. 5 – Le integrazioni delle coperture per i soci e le adesioni alle coperture dei familiari	pag. 70
Art. 6 - Dichiarazioni fiscali delle compagnie di assicurazione e rendicontazione sul contributo annuo versato	pag. 75
Art. 7 - Richiesta di prestazioni al fondo	pag. 75
Elenco dei grandi interventi chirurgici. Elenco dei gravi mali per i quali il massimale è elevato a 350.000,00 euro	pag. 82

Salvadanaio - Previdenza

Art. 1 – Oggetto del Regolamento	pag. 88
Art. 2 – Previdenza integrativa	pag. 88
Art. 3 – Previdenza complementare	pag. 90
Art. 4 – Integrazioni	pag. 90

Salvagente

Art. 1 – Oggetto del Regolamento	pag. 94
Art. 2 – Limiti temporali, territoriali e capitali Assicurati	pag. 94
Art. 3 – Definizioni	pag. 95
Art. 4 – Morte ogni causa	pag. 95
Art. 5 – Morte e invalidità permanente da infortunio	pag. 97
Art. 6 - Invalidità permanente da malattia	pag. 106
Art. 7 - Le integrazioni delle coperture	pag. 109
Art. 8 – Richiesta di prestazioni al fondo	pag. 110

Paracadute

Art. 1 – Oggetto del Regolamento	pag. 116
Art. 2 – Limiti di indennizzo, importi a carico del socio, forma dell'assicurazione e limiti territoriali	pag. 118
Art. 3 – Decorrenza della garanzia	pag. 119
Art. 4 – Precisazioni sui rischi coperti. Esclusioni	pag. 119
Art. 5 – Protezione di eredi e tutori	pag. 123
Art. 6 - Responsabilità solidale	pag. 123
Art. 7 - Coesistenza di altre assicurazioni	pag. 123
Art. 8 – Obblighi in caso di sinistro. Surrogazione	pag. 124
Art. 9 – Atti invasivi	pag. 125
Art. 10 – Certificato di assicurazione	pag. 125
Art. 11 – Fiscalità	pag. 126
Art. 12 – Definizioni	pag. 126

Tandem

Art. 1 – Oggetto del Regolamento	pag. 128
Art. 2 – Assistenza legale	pag. 128

Regolamento

NORME GENERALI



L'etica di Galeno

Galeno società mutua cooperativa - Fondo sanitario integrativo, in seguito denominata anche fondo o Galeno, è una società cooperativa iscritta all'anagrafe dei fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale, creata dai medici per tutelare se stessi e le proprie famiglie di fronte ai possibili imprevisti della vita.

1. Il medico che aderisce a Galeno non è un assicurato ma è prima di tutto un socio che prende parte attivamente alla vita associativa concorrendo con il suo comportamento etico alla prosperità del fondo ed al benessere di tutti gli assistiti. È per questo motivo che il medico che sceglie di aderire a Galeno ne condivide i principi di mutualità e solidarietà e adotta un comportamento in linea con i basilari principi di correttezza ed etica professionale, consentendo a se stesso e a tutti i soci di beneficiare dei conseguenti risparmi di gestione. Il contributo dato da tutti gli iscritti alla corretta gestione del fondo rappresenta dunque la vera forza di Galeno e la ragione profonda dei molteplici vantaggi che aumentano di anno in anno.

2. Galeno è una realtà innovativa e per questo è divenuta fondo sanitario integrativo del Servizio sanitario nazionale. In linea con i principi del nuovo welfare integrativo delineato negli ultimi anni dal legislatore, Galeno società mutua cooperativa - Fondo sanitario integrativo assicura ai propri soci livelli di assistenza adeguati offrendo loro un ampio ventaglio di prestazioni sanitarie anche integrative ai l.e.a. (livelli essenziali di assistenza), contribuendo così a rendere più sostenibile il sistema salute italiano.

Premessa

Le norme generali sono comuni:

- alla gestione fondo, denominata “Ombrello”
- alla gestione previdenza, denominata “Salvadanaio”
- alle altre coperture assicurative previste in favore dei soci e dei loro familiari, denominate “Salvagente” e “Paracadute”

Il regolamento di Galeno è pubblicato annualmente con decorrenza 1° Gennaio - 31 Dicembre ed ha validità annuale.

Articolo 1. Requisiti e modalità di iscrizione

a. Chi può aderire

Possono fare domanda di adesione a Galeno, quali esclusivi titolari del rapporto sociale, tutti i medici e gli odontoiatri abilitati all'esercizio della professione, che non abbiano superato il settantesimo anno di età.

Il socio può estendere le coperture previdenziali e assistenziali ai familiari componenti il proprio nucleo.

L'identificazione dei componenti il nucleo familiare è stabilito con autocertificazione da parte del socio stesso.

Fanno parte del nucleo familiare:

- il coniuge (legale o di fatto, anche dello stesso sesso);
- i figli, sia del socio che del coniuge (anche adottivi o in affidamento), fino a 18 anni di età, 26 anni se studenti. In taluni casi comprovati di invalidità permanente, maggiore o uguale al 50 per cento e previa delibera del consiglio di amministrazione, è consentito il mantenimento nel proprio nucleo familiare di un figlio inabile a costituire un proprio nucleo anche oltre i 26 anni purché convivente e fiscalmente a carico.

b. Come aderire

Per aderire è necessario presentare al consiglio di amministrazione sui modelli predisposti:

- la richiesta di iscrizione (che comprende, tra l'altro, l'attestazione del possesso dei requisiti richiesti e l'adesione incondizionata alle norme statutarie e regolamentari)

- la fotocopia di un documento
- la ricevuta di bonifico bancario ovvero un assegno bancario o circolare non trasferibile, nella misura e secondo le modalità descritte all'articolo 3, punto d del presente regolamento
- modello Sepa compilato.

Articolo 2. Iscrizione, ampliamento, decorrenza ed efficacia delle prestazioni

Le richieste di iscrizione sono esaminate dal comitato esecutivo o dal presidente (sentito il parere del comitato scientifico).

Accertate la regolarità delle richieste e la sussistenza dei requisiti, il comitato esecutivo o il presidente deliberano l'iscrizione dei soci, soggetta a successiva ratifica da parte del consiglio di amministrazione.

Ogni decisione, relativa all'accoglimento o meno della richiesta di iscrizione e, o all'estensione delle coperture, sarà portata a conoscenza dell'interessato entro un mese dal ricevimento della documentazione completa.

In caso di non accoglimento della richiesta, Galeno restituirà tutti gli importi versati dal richiedente.

I provvedimenti sono insindacabili. È inoltre facoltà del consiglio di amministrazione decidere in merito all'ampliamento nel tempo delle prestazioni.

Le prestazioni del fondo decorrono sempre dal primo giorno del mese successivo all'accettazione della domanda di iscrizione (o di integrazione), salvo diversa motivata comunicazione, e hanno efficacia con riferimento ad eventi verificatisi e denunciati nel corso del periodo di appartenenza a Galeno.

Articolo 3. I contributi

a. I contributi mensili

I contributi sono determinati su base annua dal consiglio di amministrazione (secondo quanto stabilito dallo statuto all'articolo 17) e sono dovuti per l'intero anno, anche se vengono corrisposti dal socio in quote mensili.

I contributi mensili, al netto di eventuali integrazioni volontarie, sia per il socio singolo che per il socio con nucleo seguono lo sviluppo previsto dalla

tabella dei contributi mensili comprensivi dei costi per la gestione del fondo, posta a conclusione delle presenti norme generali.

b. La quota sociale

La quota sociale è di 51,65 euro e viene corrisposta una sola volta, unicamente al momento della richiesta di iscrizione. La quota sociale (infruttifera) verrà restituita in caso di uscita volontaria o di decesso del socio (confronta lo statuto agli articoli 11 e 14). La restituzione avverrà nel corso dell'esercizio sociale successivo a quello di uscita o di decesso.

c. La quota d'iscrizione

La quota d'iscrizione è di 104,00 euro. Come per la quota sociale, si tratta di una somma da corrispondere solo al momento della richiesta d'iscrizione.

d. Cosa si versa al momento della richiesta d'iscrizione

Insieme alla richiesta di iscrizione, l'associando dovrà corrispondere i seguenti importi:

- sottoscrizione della quota sociale 51,65 euro
- quota di iscrizione 104,00 euro
- contributo al fondo di solidarietà 26,35 euro
- primo contributo mensile - importo variabile in base all'età del socio, al suo status (se aderisce con famiglia) e ad eventuali integrazioni.

e. Come si versa al momento della richiesta d'iscrizione

Il pagamento dovrà essere effettuato in favore di Galeno società mutua cooperativa - Fondo sanitario integrativo come segue.

1. A mezzo bonifico bancario effettuato in favore di Galeno sulle seguenti coordinate (istituto bancario Credito emiliano – Credem):

IBAN IT70X0303213200010000002916

In tal caso copia del bonifico dovrà essere prodotta unitamente alla richiesta di iscrizione.

2. Tramite assegno circolare o bancario
3. Mediante addebito diretto sul conto corrente con procedura Sepa SDD.

f. Modello Sepa Sdd (Sepa Core Direct Debit)

Il modello Sepa consente l'addebito di mese in mese sul conto corrente bancario del socio dei contributi dovuti (con valuta anticipata di circa 10 giorni rispetto al primo giorno del mese cui si riferisce il contributo stesso, per consentire al fondo di ricevere in tempo sul proprio conto le somme necessarie a finanziare le coperture assicurative che hanno decorrenza dal primo di ogni mese).

Se la procedura Sepa Sdd non si dovesse attivare in occasione del mese di ingresso nel fondo, è previsto che il mese successivo a quello di ingresso, il sistema di produzione della distinta Sepa di addebito per i soci, processi un addebito doppio e riferito a due mensilità contributive.

Qualora il socio fosse impossibilitato ad attivare l'addebito diretto sul conto corrente, dovrà provvedere a versare il contributo mensile mediante bonifico bancario in favore di Galeno sulle seguenti coordinate (istituto bancario Credito emiliano – Credem):

IBAN IT70X0303213200010000002916, entro il giorno 21 del mese precedente al quale si riferisce il contributo.

g. Determinazione dell'età all'atto dell'iscrizione

Ai fini del computo dei contributi da versare, si ricorda che l'età assicurativa del socio e dei suoi familiari aderenti è determinata con il seguente criterio, che prescinde dall'età anagrafica: si parte dalla data di nascita e si considera l'anno di età a partire da sei mesi prima fino a sei mesi dopo tale data.

Esempio:

data di iscrizione al fondo: 1° giugno 2021

data di nascita: 18 agosto 1981

età ai fini associativi: 40 anni (si hanno 40 anni a partire dal 18 febbraio 2021 fino al 18 febbraio 2022, quando si compiono i 41 anni assicurativi).

Per cui il contributo mensile da versare (al netto di eventuali integrazioni) è di 163,00 euro per il socio con famiglia, mentre è di 113,00 euro per il socio singolo.

h. Variazione annuale dei contributi e dei capitali e, o, dei massimali per aumento dell'età di soci e familiari

La variazione avverrà al 1° gennaio di ogni anno per ogni socio al variare dell'età ai fini assicurativi.

i. Uscita per età

Per i soci che raggiungono l'età prevista per l'ingresso nel piano Cent'anni e che manifestino l'intenzione di recedere dalla cassa secondo quanto previsto nel successivo articolo 4, punto a., le prestazioni rimarranno comunque attive con l'obbligo del pagamento dei relativi contributi per tutto l'anno solare in cui tale età si raggiunge.

Articolo 4. Le variazioni

a. Uscita volontaria

Posto che l'iscrizione è a tempo indeterminato, il socio che intendesse uscire da Galeno dovrà inviare una comunicazione scritta di tale volontà all'attenzione del consiglio di amministrazione per mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno o all'indirizzo PEC galeno@pec.cassagaleno.it. L'uscita volontaria può avvenire solamente il 1° gennaio di ogni anno, purché sia trascorso almeno un anno completo di contribuzione e ne sia stata data comunicazione, con le modalità sopra indicate, almeno 90 giorni prima (ovvero entro il 30 settembre dell'anno precedente a quello di uscita) secondo quanto previsto dall'articolo 11 dello statuto, salvo casi straordinari valutabili singolarmente da parte del consiglio di amministrazione. **Pertanto, le prestazioni continueranno ad operare ed i relativi contributi mensili saranno dovuti, fino al mese di dicembre dell'anno precedente l'uscita.**

b. Variazioni di status

Il socio con famiglia è tenuto a notificare, comunicandolo al servizio assistenza soci, qualsiasi variazione intervenuta nel nucleo familiare entro 30 giorni dall'evento, ai fini del diritto alle prestazioni. Nel passaggio da socio singolo a socio con famiglia, l'eventuale maggiore contributo decorrerà dalla data di comunicazione al socio della decorrenza della copertura per i

nuovi componenti (in ogni caso mai antecedente al primo giorno del mese successivo a quello in cui è stata effettuata la richiesta). Il neonato è coperto dalla garanzia sanitaria sin dalla nascita anche per difetti fisici congeniti e malformazioni qualora il socio abbia già provveduto ad aderire a Galeno nella formula con nucleo familiare.

L'eventuale riduzione dei contributi per variazione dello status da socio con famiglia a socio singolo avrà invece effetto dalla ricorrenza annuale successiva alla data di comunicazione.

c. Decesso

In questo caso si applica l'articolo 14 dello statuto.

Ricevuta comunicazione del decesso del socio, le prestazioni rimangono attive finché il coniuge superstite o, in mancanza, il componente il nucleo familiare superstite che non ha titolo proprio per essere iscritto, non esprime la sua volontà circa la sua propria permanenza nel fondo, fatto salvo quanto disciplinato al successivo punto d.

La quota parte del contributo annuo destinata alla copertura morte ogni causa è dovuta per l'intera annualità in cui il socio è deceduto ed è corrisposta da Galeno.

d. Sospensione delle prestazioni

In caso di morosità nel pagamento dei contributi mensili superiore a due mensilità, tutte le prestazioni vengono automaticamente sospese.

Le quote non versate sono anticipate da Galeno **al netto di eventuali versamenti integrativi di natura previdenziale disposti dal socio**. Le quote non versate e i ratei mensili per il completamento dell'intera annualità (vedi articolo 3 comma a delle norme generali) sono ad ogni modo dovuti e Galeno potrà adire le vie legali al fine del loro eventuale recupero.

e. Riattivazione delle prestazioni

Le prestazioni sospese saranno riattivate dopo il pagamento delle quote arretrate.

Se il pagamento perviene entro il giorno 21 del mese, la riattivazione avrà effetto dal primo giorno del mese successivo; altrimenti la riattivazione avrà

effetto dal primo giorno del secondo mese successivo al versamento. Il socio dovrà produrre una dichiarazione attestante la conoscenza di eventuali patologie sofferte nel periodo di sospensione e la volontà di riattivare le coperture per sé e, o i suoi familiari.

f. Esclusione

Oltre ai casi di decadenza previsti dall'articolo 12 dello statuto, il consiglio di amministrazione può deliberare l'esclusione del socio e, o del suo familiare aderente per indegnità nei casi seguenti:

1. false, inesatte o reticenti dichiarazioni rese allo scopo di fruire indebitamente delle prestazioni
2. presentazione, ai fini del rimborso, di documentazione sanitaria alterata o non veritiera
3. reiterata e, o continuata morosità (vedi precedente punto d).

In nessun caso gli esclusi hanno titolo alle prestazioni richieste ed al rimborso delle quote di contributo versate fino al momento dell'esclusione, tranne che per la parte relativa a quanto versato nella gestione previdenza.

Articolo 5. Il circuito virtuoso

a. La determinazione dei saldi attivi

Ogni anno, sulla base di un accordo rinnovabile annualmente, Galeno procede, di concerto con le compagnie di assicurazione, ad effettuare il bilancio dell'anno precedente dell'andamento delle seguenti prestazioni assicurative erogate:

- morte ogni causa
- infortuni: invalidità permanente e morte
- invalidità permanente da malattia (con esclusione delle integrazioni)
- assistenza sanitaria
- assistenza odontoiatrica
- Ltc rimborso

riportando all'attivo le quote di contributo destinate al pagamento dei relativi premi assicurativi versate dai soci ed al passivo le liquidazioni erogate, le riserve e le spese della gestione assicurativa.

Tutti i soci sono chiamati a contribuire al positivo andamento tecnico delle prestazioni oggetto del meccanismo del circuito virtuoso, **principalmente della garanzia sanitaria, ricorrendo preferibilmente al Servizio sanitario nazionale**. Galeno incentiva l'utilizzo del Servizio sanitario nazionale con l'erogazione di una diaria sostitutiva.

b. La ripartizione dei saldi attivi

Le compagnie di assicurazione, riconosciuto il positivo andamento tecnico delle garanzie indicate al precedente punto, destinano a Galeno risorse utili a:

- incrementare con versamenti una tantum la posizione individuale di risparmio previdenziale o di previdenza complementare dei soci
- realizzare accantonamenti sul contratto collettivo di capitalizzazione istituito per alimentare il piano Cent'anni
- realizzare accantonamenti sul contratto collettivo di capitalizzazione istituito per alimentare progetti speciali.

La ripartizione dei saldi attivi a favore dei soci non aderenti al piano Cent'anni avviene secondo un meccanismo che, per ciascun socio, tiene conto: della somma dei contributi mensili destinati alle prestazioni oggetto della ripartizione versati nell'anno di riferimento e del fatto che si sia usufruito o meno e in che misura, di rimborsi relativi alla copertura sanitaria.

Alla fine di ciascun esercizio il fondo delibera la ripartizione dei saldi attivi, dandone comunicazione a ciascun socio.

Partecipano alla ripartizione dei saldi attivi:

- in forma completa, tutti i soci, eccetto gli aderenti al piano Cent'anni, in corso di associazione ed in regola con i pagamenti dei contributi che, nell'anno, non hanno usufruito di rimborsi di assistenza sanitaria o ne hanno usufruito esclusivamente in regime di Servizio sanitario nazionale
- in forma ridotta, tutti i soci, eccetto gli aderenti al piano Cent'anni, in corso di associazione ed in regola con i pagamenti dei contributi che, nell'anno, hanno usufruito di rimborsi, al di fuori del Servizio sanitario nazionale, per una somma complessiva inferiore a 516,46 euro.

La ripartizione dei saldi attivi avviene su base annua, per cui non influisce sulla partecipazione per l'anno successivo.

Articolo 6. Il fondo di solidarietà

Il fondo di solidarietà viene alimentato:

- dall'uno per cento di ritenuta applicata ai rimborsi delle spese sanitarie o da infortunio, conteggiata ed applicata al momento della liquidazione
- dalle quote destinate a Galeno comprese nel contributo una tantum pagato al momento dell'iscrizione
- da lasciti.

Il consiglio di amministrazione può erogare agli iscritti prestazioni finanziarie di natura assistenziale in accertati casi eccezionali di bisogno, a valere sul fondo di solidarietà, nei modi e limiti consentiti dalla disponibilità economica del fondo stesso e a condizione che i soci beneficiari siano iscritti a Galeno da almeno un anno.

Articolo 7. Il piano Cent'anni

a. Norme comuni

I soci hanno la possibilità di usufruire della assistenza sanitaria (rimborso delle spese mediche e ospedaliere, copertura odontoiatrica e Ltc rimborso), a partire dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello in cui compiono 69 anni (età definita secondo le modalità indicate all'articolo 3 comma f delle norme generali) e fino al compimento del centesimo anno d'età.

In ottemperanza ai principi di servizio e maggior tutela per i soci che il fondo osserva, il socio che abbia maturato il requisito di età entra automaticamente nel piano Cent'anni, fatta salva la sua volontà di recedere dalla cassa da comunicare via raccomandata con ricevuta di ritorno e all'indirizzo PEC galeno@pec.cassagaleno.it **entro e non oltre il 20 novembre** nelle stesse modalità previste per l'uscita volontaria. Prima dell'ingresso automatico del socio il fondo gli comunica con congruo anticipo l'adesione al piano Cent'anni al fine del legittimo esercizio del diritto di recesso.

L'adesione al piano Cent'anni contempla l'applicazione di uno sconto sulla copertura sanitaria. Tale sconto (bonus) è calcolato percentualmente sull'importo di 512,64 euro, a prescindere dallo status (singolo o con famiglia) con cui si accede al piano Cent'anni. Lo sconto previsto è pari ad un punto percentuale dell'importo di 512,64 euro per ogni anno di appartenenza alla

cassa da parte del socio. La quota di contribuzione del fondo (sconto sulla copertura sanitaria), è applicata in valore assoluto ed è fissa per tutti gli anni successivi di permanenza nel piano Cent'anni.

Al momento dell'accesso al piano Cent'anni è consentita la variazione di status. Il socio dunque è libero di aderire al piano Cent'anni come singolo o con famiglia, ma lo sconto sulla copertura sanitaria sarà calcolato sempre sull'importo di 512,64 euro.

Nel caso in cui il coniuge di un socio deceduto abbia compiuto l'età di 70 anni e faccia richiesta di iscrizione al fondo entro tre mesi dalla morte (articolo 14 dello statuto), subentrerà nel piano Cent'anni con gli anni di permanenza che erano stati maturati dal socio deceduto.

b. Finanziamento del piano

Il programma è reso possibile da un piano di accantonamento pluriennale alimentato attualmente da 4,30 euro mensili provenienti dal contributo mensile di ciascun socio e da eventuali versamenti provenienti dalla ripartizione dei saldi attivi (circuiti virtuosi). Tali risparmi rimangono a disposizione del fondo anche nel caso di decesso o uscita anticipata da parte del socio e vengono accantonati dal fondo con versamenti in apposita polizza collettiva di capitalizzazione.

La disciplina del piano Cent'anni potrà subire delle variazioni in relazione all'andamento demografico e finanziario del fondo.

Articolo 8. Assistenza ai soci

Il servizio assistenza soci

Il servizio assistenza soci fornisce ogni tipo di informazione e di assistenza relativamente:

- ai servizi e alle prestazioni
- alla situazione contributiva
- alle procedure di rimborso
- alle integrazioni delle coperture per i soci titolari
- all'estensione delle coperture per i familiari del nucleo
- a qualsiasi problematica assicurativa e amministrativa.

Il servizio assistenza soci rilascia le informazioni esclusivamente ai soci titolari nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento UE 679/2016.

Il socio può contattare il servizio assistenza soci:

dal lunedì al venerdì, dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 17.30 attraverso il numero gratuito: 800.99.93.83. Il socio può inoltre contattare per iscritto a seconda della sua esigenza i seguenti recapiti.

Servizio assistenza soci

backoffice@cassagaleno.it

galeno@pec.cassagaleno.it

Gestione sinistri

sinistri@cassagaleno.it

gestionesinistri@pec.cassagaleno.it

rc@pec.cassagaleno.it

Amministrazione

amministrazione@cassagaleno.it

amministrazione@pec.cassagaleno.it

Per richieste generiche

info@cassagaleno.it

Sito internet: www.cassagaleno.it

Indirizzo: via Piemonte 39, 00187 Roma

Articolo 9. Modifica delle modalità e limiti di assistenza

La modifica delle prestazioni e, o dei contributi dovuti, di anno in anno eventualmente proposta dal consiglio di amministrazione, sarà effettuata in tempo utile a tutela dei diritti dei soci che potranno, ove lo ritenessero, esercitare il recesso.

Articolo 10. Controversie

Le eventuali controversie di natura assicurativa (ad esempio sulla natura delle lesioni, sulle loro conseguenze o sul grado di invalidità permanente o di perdita dell'autosufficienza) saranno gestite secondo quanto previsto dalle clausole arbitrali dei singoli contratti di assicurazione.

Articolo 11. Ricevute e dichiarazioni fiscali

Ai fini dei benefici fiscali previsti dalla normativa vigente, Galeno renderà disponibili a tutti i soci all'interno dell'area riservata del sito della Cassa le dichiarazioni rilasciate dalle compagnie di assicurazioni relative ai premi versati per quelle garanzie interessate a questi benefici. Relativamente al circuito fiscale previsto per le forme di previdenza complementare, sarà cura del fondo pensione trasmettere ai soci aderenti la certificazione valida a fini fiscali dei contributi versati.

Galeno provvederà inoltre annualmente a rendere disponibile, all'interno dell'area riservata del sito della cassa, la rendicontazione dell'importo versato a titolo di contributo annuo imputato alla gestione fondo.

Al socio che ne faccia espressa richiesta scritta, indicando nella richiesta stessa un recapito di posta elettronica personale o un numero di fax, il servizio assistenza soci fornirà la ricevuta riassuntiva dei versamenti effettuati nell'anno precedente (non valida ai fini fiscali) entro il 30 aprile di ogni anno.

Articolo 12. Richiesta di prestazioni al fondo e liquidazione dei danni

Il socio o, in difetto, i suoi familiari sono tenuti a comunicare al servizio assistenza soci del fondo per iscritto mediante PEC (Posta elettronica certificata) all'indirizzo gestionesainistri@pec.cassagaleno.it, pena quanto previsto dall'articolo 1915 del codice civile, l'evento coperto da garanzia, entro 15 giorni dal ricovero o dal momento dell'infortunio o dalla manifestazione della malattia o da quando si è verificato l'evento ovvero entro 30 giorni in caso di invalidità permanente da malattia, conservando comunque il diritto al rimborso per due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto, secondo quanto previsto dall'arti-

colo 2952 del codice civile.

Non sono considerate valide ai fini interruttivi della prescrizione dichiarazioni pervenute a mezzo fax e, o posta elettronica; sono invece ammesse comunicazioni a mezzo raccomandata e PEC (gestionesinistri@pec.cassagaleno.it). Il fondo ha facoltà per mezzo di medici di sua fiducia di richiedere i referti degli accertamenti. I soci devono fornire al servizio assistenza soci del fondo ogni necessaria informazione o documentazione, ovvero consentirne l'acquisizione da parte del fondo, sciogliendo dal segreto professionale i medici che li hanno visitati e curati.

La mancata ottemperanza agli obblighi che precedono e, o, il rifiuto di sottoporsi ai controlli medici disposti dal fondo comportano la perdita del diritto al rimborso/erogazione della prestazione.

Articolo 13. Privacy. Tutela dei soci rispetto al trattamento dei dati personali

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 ed in seguito all'entrata in vigore del Regolamento UE nr. 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE nr. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR"), il socio, i suoi familiari e ogni altro soggetto che entra in contatto con Galeno comunicando o conferendo i propri dati personali devono essere informati riguardo al possesso e al trattamento dei loro dati personali da parte di Galeno Società Mutua Cooperativa / Fondo Sanitario integrativo (di seguito "Galeno"), in qualità di Titolare del trattamento, con sede in Roma, Via Piemonte, n. 39, 00187.

1 – Fonte dei dati personali:

I dati personali dei soci/aderenti e dei rispettivi familiari sono raccolti da Galeno direttamente presso gli aderenti, i soci e gli interessati, al momento della compilazione della richiesta di iscrizione, delle dichiarazioni sullo stato di salute, della denuncia di sinistro e dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta (sanitaria e non) in relazione ai servizi ed alle prestazioni richieste,

ovvero ancora al momento della registrazione nell'area web riservata predisposta da Galeno.

Nel caso di erogazione di prestazioni in convenzione diretta, alcuni dati (ed in particolare quelli relativi allo stato di salute, quali cartelle cliniche e documentazione sanitaria) possono essere trasmessi a Galeno ed acquisiti direttamente tramite le strutture sanitarie convenzionate.

I dati di altri soggetti che entrano in contatto con Galeno sono comunicati e/o conferiti dagli stessi su base volontaria, ad esempio attraverso la compilazione di form on-line per la partecipazione ad iniziative o per l'acquisizione di ulteriori informazioni sull'attività di Galeno.

2 - Finalità del trattamento:

Galeno informa che il trattamento dei dati personali sarà effettuato con le seguenti finalità:

- 1 - garantire l'esecuzione dei rapporti associativi ed, in particolare, l'adempimento di tutti i servizi e delle prestazioni previdenziali e assistenziali previste da Galeno (es. gestione e liquidazione sinistri), rese anche attraverso terzi (es. Compagnie di assicurazione ed Enti convenzionati) e svolgere in genere tutte le connesse attività amministrative, gestionali e contabili;
- 2 – adempimento ed esecuzione di rapporti precontrattuali e contrattuali, con i soci/aderenti e loro familiari, nonché con i fornitori di beni e servizi ed i partner istituzionali e commerciali che erogano servizi e prestazioni strumentali o correlati con l'attività svolta in favore dei soci/aderenti e loro familiari;
- 3 – adempimento di obblighi di legge, regolamentari o previsti dalla normativa comunitaria, ivi incluse disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e/o da Organi di Vigilanza e Controllo;
- 4 – adempimento di attività amministrative, gestionali e contabili previste da fonti normative;
- 5 – sviluppo delle attività commerciali, pubblicitarie e marketing, anche attraverso pratiche di marketing diretto, quali ricerche di mercato, informazioni commerciali, rilevazione del grado di soddisfazione della clientela, telemarketing, sistemi automatizzati di chiamata, senza l'intervento di un operatore, posta anche elettronica, telefax e messaggi di tipo MMS (Multimedia Message Service) e SMS (Short Message Service), applicazioni informatiche (APP),

nell'area riservata del sito internet, ovvero attraverso social network;

6 – comunicazione a terzi, quali fornitori e partner commerciali, dei dati personali per finalità di marketing, anche attraverso pratiche di marketing diretto, e commerciali;

7 – solo per i dati conferiti attraverso la compilazione dei moduli (form) online, finalità di profilazione degli utenti del sito internet, al fine di rilevare le preferenze personali degli utenti ed inviare loro informazioni, anche di carattere commerciale, più rispondenti ai loro interessi.

3 – Base giuridica del trattamento e conferimento dei dati. Revoca del consenso al trattamento:

Per le finalità descritte al paragrafo 2, ai numeri 1 e 2, la base giuridica che legittima il trattamento è la necessità di adempiere ed eseguire un contratto di cui l'interessato è parte, ovvero delle misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato (art. 6, co. 1, lett. "b" GDPR).

Per le finalità descritte al paragrafo 2, ai numeri 3 e 4, la base giuridica che legittima il trattamento è l'adempimento di obblighi legali ai quali è soggetto il Titolare del trattamento (art. 6, co. 1, lett. "c" GDPR).

Per le finalità di marketing (cfr. paragrafo 2, n. 5), comunicazione a terzi per finalità di marketing e commerciali (cfr. paragrafo 2, n. 6) e di profilazione (cfr. paragrafo 2, n. 7), la base giuridica che legittima il trattamento è il consenso dell'interessato ai sensi dell'art. 6, co. 1, lett. "a" del GDPR, documentato in forma scritta, o in forma elettronica/digitale.

Infine, quando il trattamento per le finalità descritte al paragrafo 2, ai numeri 1,2,3 e 4, ha ad oggetto dati relativi allo stato di salute, o comunque particolari e sensibili, la base giuridica è costituita esclusivamente dal consenso specifico dell'interessato ai sensi dell'art. 9, co. 2, lett. "a" del GDPR, documentato in forma scritta, o in forma elettronica/digitale.

Il conferimento dei dati, quando essi vengano acquisiti in base ad un obbligo di legge ovvero in quanto strettamente funzionali all'esecuzione del rapporto contrattuale o associativo (cfr. paragrafo 2, numeri 1, 2, 3 e 4), è necessario e un eventuale rifiuto di fornirli comporta l'impossibilità di svolgere le attività richieste per la conclusione e per l'esecuzione del contratto, dei servizi e delle

prestazioni previdenziali ed assistenziali fornite da Galeno, anche attraverso terzi e, dunque, l'impossibilità di iscriversi a Galeno.

Analogamente, quando il trattamento riguarda dati relativi allo stato di salute o particolari e sensibili, per le finalità previste al paragrafo 2, numeri 1, 2, 3 e 4, il consenso al loro trattamento è necessario.

Di conseguenza, il socio/aderente, con la firma apposta nel modulo d'iscrizione e/o con l'accettazione espressa della presente informativa presentata mediante il servizio web riservato a soci ed aderenti, esprime il suo consenso al trattamento dei dati relativi allo stato di salute o particolari e sensibili per le finalità sopraindicate (cfr. paragrafo 2, nn. 1-4).

Per le finalità di marketing (cfr. paragrafo 2, n. 5), comunicazione a terzi per finalità di marketing e commerciali (cfr. paragrafo 2, n. 6) e di profilazione (cfr. paragrafo 2, n. 7), il consenso al trattamento non è obbligatorio, ma facoltativo e subordinato all'espresso e specifico consenso dell'interessato. Pertanto, l'eventuale rifiuto di fornirlo non pregiudica gli adempimenti di legge, i servizi e le prestazioni previdenziali ed assistenziali, nonché lo svolgimento di rapporti associativi e contrattuali con Galeno.

Revoca del consenso al trattamento

L'interessato ha il diritto di revocare il consenso al trattamento dei dati, qualora la base giuridica del trattamento sia costituita esclusivamente dal consenso dell'interessato (ad esempio, in relazione alle finalità descritte al paragrafo 2, numeri 1, 2, 3 e 4, quando il trattamento ha ad oggetto dati relativi allo stato di salute, sensibili o particolari, e per le finalità di marketing (cfr. paragrafo 2, n. 5), comunicazione a terzi per finalità di marketing e commerciali (cfr. paragrafo 2, n. 6), e per quelle con finalità di profilazione – cfr. paragrafo 2, n. 7).

Tale diritto non sussiste qualora il trattamento avvenga con una base giuridica diversa dal consenso (es. in esecuzione di obblighi di legge o per l'esecuzione di obblighi pre-contrattuali, contrattuali o dei rapporti volti alla fornitura di servizi o di prestazioni di assistenza stipulati dall'interessato, quando il trattamento non abbia ad oggetto dati relativi allo stato di salute, particolari o sensibili - paragrafo 2, nn. 1-4).

In ogni caso, l'eventuale revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

4 - Categorie dei dati trattati:

Le categorie di dati trattati sono costituite dai dati comuni, identificativi, sensibili e giudiziari (ed in particolare dai dati anagrafici, di contatto, necessari ai pagamenti e relativi allo stato di salute

ovvero alla situazione reddituale o lavorativa) contenuti nella modulistica associativa ed assicurativa e nelle comunicazioni e nella documentazione inviate dagli interessati o dalle Strutture Convenzionate nel corso dei relativi rapporti e per la loro esecuzione, ovvero per la fruizione dei relativi servizi e prestazioni, anche assistenziali e previdenziali.

5 - Modalità del trattamento:

I dati verranno trattati, nel rispetto della sicurezza e riservatezza necessarie, per scopi determinati, espliciti e legittimi, saranno pertinenti, aggiornati e non eccedenti rispetto alle finalità sopra elencate per le quali sono raccolti e potranno essere utilizzati in ulteriori operazioni di trattamento in termini compatibili con tali scopi. I trattamenti avverranno manualmente e con l'ausilio di strumenti elettronici ed automatizzati (compresa la raccolta dei dati per via telematica, direttamente presso l'interessato).

6 - Categorie di destinatari ai quali i dati personali potranno essere comunicati:

I dati personali potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti, che li tratteranno in qualità di autonomi Titolari del trattamento, ovvero di Responsabili o incaricati dei trattamenti di loro competenza nominati da Galeno:

1 - fornitori dei servizi assistenziali, previdenziali e assicurativi scelti da Galeno (ad esempio compagnie di assicurazione, società di gestione, broker assicurativi, istituti di cura) i quali, in tal caso, si occuperanno del relativo trattamento, e non saranno soggetti a diffusione;

2 - soggetti specificamente incaricati quali consulenti, dipendenti e altri collaboratori a ciò abilitati per i trattamenti necessari o connessi allo svolgimento delle attività contrattuali e comunque connesse ai servizi ed alle prestazioni rese da Galeno, anche attraverso terzi;

3 - soggetti terzi che svolgono o forniscono specifici servizi strettamente funzionali all'esecuzione del rapporto contrattuale, associativo o dei servizi

e prestazioni rese da Galeno (anche mediante trattamenti continuativi), quali società di servizi informatici e cloud computing; banche e società che svolgono servizi di pagamento; assicurazioni; agenti; studi professionali che prestino servizi di assistenza, consulenza fiscale, legale o amministrativa; periti medico-legali e/o assicurativi; società di recupero crediti ed i legali incaricati di seguire le procedure di recupero crediti o di affari contenziosi; società di stampa ed imbustamento della corrispondenza; eventuali revisori contabili.

4 - organi ispettivi preposti a verifiche e controlli inerenti la regolarità degli adempimenti di legge, ai quali i dati potranno essere comunicati a seguito di ispezioni, verifiche e controlli.

I dati non sono oggetto di diffusione o trasferimento verso Paesi terzi o organizzazioni internazionali.

7 - Tempi di conservazione:

I dati personali, anche sensibili o giudiziari, saranno conservati per nr. 10 (dieci) anni, dalla cessazione del rapporto associativo con Galeno da parte del Socio/Aderente.

Qualora l'Interessato abbia conferito i dati per l'esclusiva finalità di partecipare ad iniziative promozionali o commerciali o benefiche che non abbiano comportato la stipulazione di un rapporto contrattuale o associativo, i dati saranno conservati per la minore durata di 5 anni dal conferimento dei dati.

In ogni caso, è fatta salva la possibilità di una loro ulteriore conservazione in adempimento a eventuali obblighi di legge o per la tutela di diritti in sede giudiziaria.

I dati personali potranno essere cancellati anche prima di tale periodo qualora non siano più necessari per adempimenti contrattuali, amministrativi, fiscali, contabili o di legge.

8 - Esistenza di un processo decisionale automatizzato:

Non è presente un processo decisionale automatizzato.

9 – Diritti dell'interessato

L'interessato (socio/aderente o familiare) potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti a lui riservati ed in particolare i seguenti:

- il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali (art. 15 GDPR);
- il diritto di rettifica e integrazione dei dati personali (art. 16 GDPR);
- il diritto di cancellazione dei dati personali (diritto all'“oblio”), nei casi previsti dall'art. 17 GDPR;
- il diritto di chiedere la limitazione del trattamento dei dati personali, nei casi e con le modalità previste dall'art. 18 GDPR;
- il diritto alla portabilità dei dati, secondo quanto previsto dall'art. 20 GDPR;
- il diritto di opporsi al trattamento dei dati personali nei casi previsti dalla legge;
- il diritto di revocare il consenso al trattamento (cfr. paragrafo 3);
- il diritto di proporre reclamo ad un Autorità di controllo e segnatamente al Garante per la Protezione dei dati personali.

L'esercizio di tutti i diritti spettanti all'interessato può essere esercitato scrivendo all'indirizzo di posta elettronica del Responsabile per la protezione dei dati “dpo@cassagaleno.it” o scrivendo al Titolare del trattamento ai seguenti recapiti: Galeno Società Mutua Cooperativa/Fondo Sanitario Integrativo – Via Piemonte, n. 39 - 00187 Roma.

Su richiesta dell'interessato il titolare del trattamento fornisce una copia dei dati personali oggetto di trattamento. In caso di ulteriori copie richieste dall'interessato, il titolare del trattamento può addebitare un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se l'interessato presenta la richiesta mediante mezzi elettronici, e salvo indicazione diversa dell'interessato, le informazioni sono fornite in un formato elettronico di uso comune.

10 - Titolare, Responsabile del trattamento e DPO (Data protection officer)

Il titolare del trattamento è: Galeno Società Mutua Cooperativa/Fondo sanitario integrativo, Via Piemonte, n. 39 - 00187 Roma, nella persona del Legale Rappresentante pro tempore, il Presidente del Consiglio di Amministrazione, Dott. Aristide Missiroli.

Dati contatti del Titolare del trattamento: privacy@cassagaleno.it

Dati di contatto del Responsabile per la protezione dei dati (“DPO”): dpo@cassagaleno.it.

Articolo 14. Organi istituzionali e operativi

Presidente onorario

Mario Falconi

Consiglio di amministrazione

Aristide Missiroli, presidente

Umberto Bosio, vice presidente vicario

Giovanni Vento, vice presidente

Loredana Bruno, segretario

Ovidio Brignoli, consigliere

Gaetano Cincotta, consigliere

Alfredo Cuffari, consigliere

Colomba Lo Presti, consigliere

Mariagrazia Terenzio, consigliere

Antonio Nigro, consigliere

Collegio sindacale

Luigi Troiani, presidente

Francesco Noce, sindaco effettivo

Alberto Bernardi, sindaco effettivo

Alex Gualtieri, sindaco supplente

Comitato scientifico

Loredana Bruno, responsabile

Paolo Oliva, consulente medico legale

Paola Mancarella, consulente medico legale

Carlo Di Stefano, consulente medico legale

Comitato esecutivo

Aristide Missiroli

Umberto Bosio

Giovanni Vento

Loredana Bruno

TABELLA DEI CONTRIBUTI MENSILI

Socio con famiglia		Socio singolo	
Età Contributo	mensile	Età Contributo	mensile
25*	€ 138,00	25*	€ 89,00
26*	€ 138,00	26*	€ 92,00
27*	€ 138,00	27*	€ 92,00
28*	€ 140,00	28*	€ 96,00
29*	€ 143,00	29*	€ 96,00
30*	€ 146,00	30*	€ 98,00
31*	€ 146,00	31*	€ 98,00
32*	€ 146,00	32*	€ 101,00
33*	€ 149,00	33*	€ 101,00
34	€ 149,00	34	€ 103,00
35	€ 152,00	35	€ 103,00
36	€ 156,00	36	€ 109,00
37	€ 156,00	37	€ 109,00
38	€ 159,00	38	€ 111,00
39	€ 161,00	39	€ 111,00
40	€ 178,00	40	€ 118,00
41	€ 181,00	41	€ 121,00
42	€ 183,00	42	€ 121,00
43	€ 186,00	43	€ 123,00
44	€ 188,00	44	€ 126,00
45	€ 192,00	45	€ 126,00
46	€ 197,00	46	€ 131,00
47	€ 200,00	47	€ 134,00
48	€ 203,00	48	€ 138,00
49	€ 205,00	49	€ 140,00

Socio con famiglia		Socio singolo	
Età Contributo	mensile	Età Contributo	mensile
50	€ 213,00	50	€ 145,00
51	€ 216,00	51	€ 145,00
52	€ 219,00	52	€ 147,00
53	€ 224,00	53	€ 150,00
54	€ 227,00	54	€ 153,00
55	€ 230,00	55	€ 156,00
56	€ 233,00	56	€ 164,00
57	€ 236,00	57	€ 167,00
58	€ 238,00	58	€ 169,00
59	€ 241,00	59	€ 173,00
60	€ 249,00	60	€ 179,00
61	€ 251,00	61	€ 184,00
62	€ 255,00	62	€ 186,00
63	€ 257,00	63	€ 190,00
64	€ 263,00	64	€ 195,00
65	€ 265,00	65	€ 198,00
66	€ 271,00	66	€ 203,00
67	€ 274,00	67	€ 209,00
68	€ 278,00	68	€ 212,00
69	€ 283,00	69	€ 217,00

* Il contributo riportato in tabella per la fascia di età che va dai 24 anni ai 33 anni sarà scontato per l'anno 2023 di 20,00 € in quanto Cassa Galeno si fa carico del costo della copertura rc professionale (Paracadute).

Piano Cent'anni

Socio con famiglia	
Età Contributo	mensile
70	178,00
71	182,00
72	184,00
73	186,00
74	189,00
75	193,00
76	196,00
77	199,00
78	202,00
79	205,00
80	219,00
81	223,00
82	226,00
83	229,00
84	233,00
85	236,00
86	239,00
87	239,00
88	245,00
89	249,00
90	252,00
91	256,00
92	259,00
93	263,00
94	266,00
95	269,00
96	272,00
97	275,00
98	279,00
99	282,00
100	285,00

Socio singolo	
Età Contributo	mensile
70	114,00
71	116,00
72	118,00
73	120,00
74	122,00
75	124,00
76	128,00
77	130,00
78	132,00
79	134,00
80	141,00
81	143,00
82	145,00
83	148,00
84	150,00
85	152,00
86	154,00
87	156,00
88	158,00
89	160,00
90	163,00
91	166,00
92	168,00
93	170,00
94	172,00
95	174,00
96	176,00
97	179,00
98	181,00
99	183,00
100	185,00

Regolamento OMBRELLO Fondo sanitario integrativo



Articolo 1. Oggetto del regolamento

Il presente regolamento disciplina il funzionamento della gestione fondo, denominata “Ombrello”, di Galeno società mutua cooperativa - Fondo sanitario integrativo, società in seguito più brevemente indicata come “fondo” o “Galeno”, in attuazione dello statuto vigente.

La gestione fondo di Galeno eroga le seguenti prestazioni:

a. assistenza sanitaria

1. in forma indiretta, mediante il rimborso, nei limiti del tariffario delle spese sanitarie sostenute
2. in forma diretta
3. in forma mista effettuata in strutture convenzionate con il fondo, ma erogate da medici non convenzionati.

In tutte e tre le forme assistenziali suindicate e per tutte le prestazioni vige l'applicazione di uno scoperto del 19%, con alcune eccezioni specificate di seguito per le quali il rimborso è al 100% della relativa voce di tariffario.

- Trattamento dell'infertilità
- Parti
- Diagnostica prenatale
- Correzione della miopia grave
- Spese di trasporto
- Chemioterapia
- Radioterapia

Tale garanzia comprende anche:

- prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio
- prestazioni di assistenza odontoiatrica a seguito di infortunio.

Tale garanzia è riservata in via automatica al socio con status singolo e al socio e a tutto il suo nucleo familiare quando lo status del socio è con famiglia.

b. assistenza in caso di non autosufficienza

Si configura come prestazione sociale a rilevanza sanitaria che ha il fine di

favorire autonomia e permanenza a domicilio alle persone non autosufficienti. L'assistenza in caso di non autosufficienza è denominata Ltc Rimborso. Questa forma di assistenza è riservata a tutti i soci compresi gli aderenti al Piano cent'Anni. Essa provvede al rimborso di un importo mensile.

c. assistenza odontoiatrica

In forma diretta per prestazioni di prevenzione e interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero. Tale prestazione è riservata in via automatica al socio con status singolo e al socio e a tutto il suo nucleo familiare quando lo status del socio è con famiglia ed è accessibile attraverso la centrale operativa UniSalute (800-009611). È possibile accedere a prestazioni non comprese nella garanzia richiedendone alla centrale operativa la prenotazione a tariffe agevolate nell'ambito del network di strutture convenzionate con UniSalute.

d. Integrazioni

Su base volontaria e onerosamente le coperture prestate dal fondo possono essere implementate come di seguito specificato.

a. Assistenza sanitaria in forma rimborsuale e diretta

È possibile ampliare il livello di copertura con una diaria da ricovero integrativa che provvede alla erogazione di un importo giornaliero di 103,00 euro per un massimo di 180 giorni.

b. Assistenza in caso di non autosufficienza (Ltc Rimborso e Ltc Rendita)

Ltc Rimborso

I famigliari maggiorenni possono godere della medesima garanzia del socio aderendo volontariamente.

Ltc Rendita

Soci e famigliari possono sottoscrivere una copertura Ltc che provvede all'erogazione di una rendita nelle due formule: temporanea (insorgenza della non autosufficienza entro i 70 anni anagrafici) o a vita intera.

Articolo 2. L'assistenza sanitaria

a. Limiti territoriali e decorrenza delle prestazioni

Le prestazioni sanitarie del fondo possono essere fruite sia in Italia che all'e-

stero, sempre nei limiti del tariffario. L'assistenza è erogabile anche ai soci residenti stabilmente all'estero.

La garanzia decorre: dal 1° giorno del mese di ingresso per le malattie e gli infortuni; dal trecentunesimo giorno successivo a quello di inizio delle altre prestazioni:

- gravidanza;
- parto;
- aborto spontaneo e post traumatico;
- rimborsi previsti per il trattamento dell'infertilità (inseminazione artificiale, fecondazione in vitro e simili);
- amniocentesi;
- Villocentesi in alternativa all'amniocentesi;
- Btest in alternativa all'amniocentesi;
- Prenatal Safe in alternativa all'amniocentesi;
- tutte le prestazioni sanitarie sul nascituro fino al momento della nascita, per manifestate malattie e, o lesioni dello stesso;
- le spese legate alla correzione della miopia grave, oltre 6 diottrie, con il sottolimito onnicomprensivo di laserterapia e tutti gli esami collegati pre e post intervento, di 1.500,00 euro per anno e per nucleo.

b. Definizioni

Aborto: Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

Aborto spontaneo: Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

Aborto terapeutico: Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto.

Accertamento diagnostico: prestazione medica strumentale atta a ricercare e, o a definire la presenza e, o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e, o invasivo.

Anno: periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

Assistenza: l'aiuto in denaro o in natura, fornito al socio e al suo familiare

che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

Assistenza Infermieristica: attività relativa all'assistenza sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista.

Cure a carattere sperimentale: Insieme di tecniche terapeutiche ancora in fase di studio il cui scopo è quello di conoscerne l'efficacia, la sicurezza e la tolleranza.

Cure termali: trattamenti effettuati in centri/stabilimenti riconosciuti che possono utilizzare acque termali e loro derivati a fini terapeutici.

Day-hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Difetto congenito/genetico: insieme ampio ed eterogeneo di alterazioni dello sviluppo umano che si verificano al momento del concepimento o durante la gravidanza e determinano problemi nello sviluppo corporeo o nel funzionamento di organi e molecole biologiche.

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

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).

Grandi interventi chirurgici: gli interventi chirurgici riportati nell'elenco della sezione Ombrello.

Gravi mali: patologia oncologica maligna, leucemia, infarto miocardico acuto, accidente cerebro/vascolare permanente (ictus), grandi interventi chirurgici.

Indennità sostitutiva: importo giornaliero giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero o day hospital, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero o il day hospital stesso e anche durante il day service/PAC (prestazioni ambulatoriali complesse), MAC (macroattività ambulatoriale complessa), OBI (osservazione breve intensiva) e Pronto Soccorso dalla seconda notte.

Indennizzo: la somma dovuta in caso di sinistro.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provo-

chi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale: prestazione che abbia finalità diagnostiche o terapeutiche effettuata in ambulatorio medico autorizzato dall'ASL e dagli altri Enti preposti (a titolo esemplificativo non studi professionali) che comporta:

- la sedazione o l'anestesia locale e/o regionale
- l'invasività
- l'utilizzo di ambiente dedicato che garantisca le condizioni di sterilità e che non richiede la permanenza in osservazione nel post esecuzione delle prestazioni.

Istituto di cura: ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato 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.

Libera professione intramuraria: l'attività che il personale medico alle dipendenze del Servizio sanitario nazionale esercita in forma individuale o di equipe, al di fuori dall'orario di lavoro.

Malattia: qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.

Malattia oncologica: ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna invasiva, incluse le leucemie, i linfomi, i tumori con invasione diretta degli organi vicini in fase metastatica e le recidive.

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

Massimale: l'importo che rappresenta la spesa massima che il fondo si impegna a prestare nei confronti del socio per le relative garanzie e, o prestazioni previste.

Medicina non ufficiale: insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute dalla Medicina Ufficiale o Accademica.

Patologie degenerative: si intendono quei processi morbosi a lenta insor-

genza che si manifestano con fenomeni regressivi e/o di sofferenza delle cellule e dei tessuti atti a determinare una progressiva diminuzione dell'efficienza dei distretti e degli organi colpiti. La diagnosi deve essere effettuata qualsiasi specialista di riferimento correlata al trattamento riabilitativo richiesto.

Retta di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria e in day hospital che in terapia intensiva.

Ricovero: la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, anche in Pronto Soccorso e in day hospital, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

Scoperto: percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dal socio che, per ogni sinistro, rimane a carico del socio.

Sinistro: il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale.

Struttura sanitaria convenzionata: Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico, relativi medici chirurghi e personale operante – dedicati al presente Piano Sanitario.

Terapie Farmacologiche: Si specifica che il rimborso delle terapie farmacologiche effettuate al di fuori del SSN – sia in regime di degenza che ambulatoriale- avverrà secondo termini e modalità di seguito indicati:

a) adesione alle indicazioni di Linee Guida e Protocolli definiti a livello internazionale sulla base di evidenze scientifiche. È comunque esclusa la terapia off label

b) presenza dei farmaci utilizzati nella Farmacopea ufficiale

c) esclusione dalla copertura dei farmaci la cui somministrazione è consentita solo in Ospedali Pubblici e/o Istituti Ricerca e Centri di alta specializzazione.

d) produzione di: prescrizione dell'oncologo e relativo Piano Terapeutico; dettagliato preventivo/documentazione da cui si evidenzia: i) la dose, la tipologia e il costo di ogni singolo farmaco utilizzato; ii) il costo sostenuto dall'Ente sanitario per l'acquisto dei singoli farmaci, con evidenza anche la fascia IVA

e) per le terapie con farmaci biologici e/o bioequivalenti, anticorpi monoclonali, anticorpi policlonali, chimerici, inibitori a piccole molecole (INIB) la

Cassa garantisce la copertura secondo le tariffe FARMADATI vigenti, nel limite del 60% della spesa sostenuta.

c. Massimali e prestazioni garantiti

I massimali totali previsti, per anno e nucleo familiare (fermi restando comunque i sottolimiti ai rimborsi previsti dal presente regolamento e dal tariffario) sono:

I. 200.000,00 euro per:

- ricoveri
- tutti gli interventi chirurgici anche se non effettuati in regime di ricovero
- parto
- day hospital
- interventi di piccola chirurgia ambulatoriale.

II. 6.500,00 euro per:

- spese extraricovero secondo quanto definito nel successivo paragrafo d, punto vi.

III. 35.000,00 euro per:

- ricoveri in regime di riabilitazione post-acuzie intensiva ed estensiva

Il massimale di 200.000,00 euro è elevato a 350.000,00 euro per le prestazioni riferibili a gravi mali e grandi interventi chirurgici.

d. Che cosa rimborsa il fondo

Il fondo provvede al rimborso delle spese sanitarie sostenute, in caso di malattia, infortunio, aborto spontaneo o post-traumatico, entro i limiti previsti dal tariffario, o alla diaria sostitutiva da ricovero. Per quanto riguarda i medicinali, richiamando i principi deontologici, di etica sanitaria e sociale, si precisa che la Cassa, a parità di efficacia terapeutica, rimborsa il farmaco meno costoso. La quota di d.r.g./r.o.d. (Diagnosis related groups/raggruppamenti omogenei di diagnosi) eventualmente a carico dell'assistito sarà ricompresa nell'ambito dei limiti previsti nel tariffario di Galeno per onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, i diritti di sala operatoria, le rette di degenza. Si precisa che le richieste di rimborso delle spese mediche e ospedaliere sostenute dal socio sono ricevute e istruite dal servizio assistenza soci, sono

sottoposte alla valutazione dei consulenti del comitato scientifico della cassa e poi inviate alla compagnia di assicurazione che ne dispone il pagamento se ritenute coerenti con il contratto di assicurazione ed il tariffario delle spese sanitarie. Galeno infatti non provvede ai rimborsi direttamente e non applica l'autoassicurazione.

Gli importi di seguito citati si intendono comprensivi di Iva, laddove prevista.

I. Ricovero in regime pubblico - diaria sostitutiva da ricovero.

Qualora le spese sanitarie da ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, o di strutture da esso accreditate, oppure interamente rimborsate all'assicurato in forza di polizza assicurativa, verrà corrisposta un'indennità sostitutiva forfetaria di 150,00 € per ciascun pernottamento in caso di ricovero e in caso di Pronto Soccorso a partire dalla seconda notte. Verrà corrisposto l'importo di € 80,00 in caso di Day Hospital anche esteso a day service/PAC (prestazioni ambulatoriali complesse), MAC (macroattività ambulatoriale complessa), OBI (osservazione breve intensiva). Le indennità di cui sopra opereranno per un massimo di 180 giorni per anno assicurativo. Inoltre, per i ricoveri in riabilitazione post-acuzie in strutture del Servizio sanitario Nazionale o da esso accreditate, verrà corrisposta – nel limite di 35.000 euro per anno e per nucleo - un'indennità sostitutiva forfetaria di € 100,00 al giorno. Nel caso di parto non cesareo l'indennità verrà erogata per un periodo massimo di 5 giorni per evento.

Oltre la diaria giornaliera sostitutiva verranno liquidate le seguenti prestazioni:

i. per esami e accertamenti diagnostici effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero, 50 giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno con intervento chirurgico o in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, 30 giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno senza intervento chirurgico, nei 200 giorni precedenti, se il ricovero avviene per gravi mali. Viene previsto inoltre il rimborso per una visita specialistica preventiva per ogni ricovero (indipendentemente dal fatto che sia precedente o successiva all'effettuazione dell'accertamento diagnostico).

ii. per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici rieducativi e cure termali (escluse le spese alberghiere), apparecchi per fisioterapia, con il massimo di 310,00 euro per sinistro e per anno, effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero reso

necessario dalla malattia che ha determinato il ricovero, 50 giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno con intervento chirurgico o in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, 30 giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno senza intervento chirurgico; nei 120 giorni successivi alla cessazione, se il ricovero è stato reso necessario da infortunio; nei 180 giorni successivi alla cessazione se il ricovero è avvenuto in conseguenza di gravi mali.

iii. Per il trasporto per ricovero, dimissione o trasferimento in altro centro si rimborsa la spesa fatturata con il limite di 1.000,00 euro anno/evento, comprendendo nel limite di 1.000,00 euro qualsiasi mezzo di trasporto (con esclusione della sola autovettura privata) e le spese dell'accompagnatore, sia in Italia che all'estero.

Nel caso di trasferimento da un istituto di cura a un altro, si considera come unico evento/sinistro la fattispecie in cui la dimissione e la nuova ammissione avvengano nella medesima giornata.

Configurandosi, quindi, i diversi periodi di ricovero come un unico evento, il socio opererà per un'unica modalità risarcitoria: o il rimborso delle spese sostenute oppure l'indennità sostitutiva comunque per l'intero periodo.

II. Ricovero in regime privato

In caso di ricovero in strutture sanitarie convenzionate o non convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, ovvero in intramoenia, i rimborsi, nell'ambito delle prestazioni e dei massimali garantiti al precedente punto c), ed entro i limiti previsti dal tariffario, sono previsti:

i. Per rette di degenza ordinaria viene previsto un limite di rimborso di € 400 al giorno con un massimo di 200 giorni per anno assicurativo e per nucleo familiare. Per rette di degenza in terapia intensiva viene previsto un limite di rimborso di € 1.200,00 con un massimo di 100 giorni per anno assicurativo e per nucleo familiare. Per rette di degenza in terapia sub-intensiva viene previsto un limite di rimborso di € 750,00 al giorno con un massimo di 100 giorni per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Per rette di degenza in day-hospital viene previsto un limite di rimborso di € 220,00 al giorno con un massimo di 200 giorni per anno assicurativo e per

nucleo familiare. Il limite suindicato verrà ridotto nella misura del 20% nel caso in cui la degenza si protragga oltre il 40° giorno di ricovero anche per ricoveri non continuativi connessi al medesimo evento patologico. Il comitato scientifico, durante la degenza del socio nella struttura sanitaria, si riserva la facoltà di effettuare verifiche sul decorso, direttamente o tramite un consulente di fiducia. La struttura sanitaria è tenuta a comunicare, documentare e motivare l'eventuale trasferimento di un paziente dal reparto di degenza ordinaria al reparto di terapia intensiva. Le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura, per un periodo non superiore ai 100 giorni, per ogni evento e con il limite giornaliero di 70,00 euro.

I ricoveri in regime di riabilitazione post-acuzie intensiva ed estensiva sono rimborsati entro il limite di euro 35.000,00 per anno e per nucleo. Per i ricoveri privati in riabilitazione post-acuzie la retta giornaliera di degenza è rimborsabile fino alla concorrenza di 500,00 euro (sempre IVA compresa) per ogni notte di ricovero e per un massimo di 40 giorni per evento*

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

ii. per esami e accertamenti diagnostici effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero, 50 giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno con intervento chirurgico o in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, 30 giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno senza intervento chirurgico, nei 200 giorni precedenti, se il ricovero avviene per gravi mali. Viene previsto inoltre il rimborso per una visita specialistica preventiva per ogni ricovero (indipendentemente dal fatto che sia precedente o successiva all'effettuazione dell'accertamento diagnostico)

iii. per onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria

iv. per diritti di sala operatoria

v. per apparecchi protesici, terapeutici applicati durante l'intervento

vi. per assistenza medica ed infermieristica, trattamenti fisioterapici rieducativi, materiale sanitario e protesico ed esami riguardanti il periodo di ricovero. Per i medicinali erogati durante il periodo del ricovero – coerenti con la patologia trattata – viene rimborsato il costo documentato.

Con riguardo al materiale, ivi compresi gli strumenti e apparecchi monouso a perdere, vi è l'obbligo di fornire la relativa tracciabilità dello stesso. Ciò

* Per evento si intende un ricovero in regime di post-acuzie immediatamente successivo e correlato al ricovero in acuzie.

posto, il Comitato Scientifico potrà discrezionalmente valutare la non o la parziale rimborsabilità di taluni materiali, qualora venga riscontrata una incongruità rispetto alla prestazione sanitaria di cui si chiede il ristoro, fornendo in questo senso motivazione.

vii. per ostetricia (rimborsi massimi per sinistro e per anno senza applicazione dello scoperto 19%): parto naturale 5.000,00 euro, parto cesareo (omni-comprendivo) 7.500,00 euro. Relativamente al solo parto naturale nel caso di parto in acqua o con epidurale, il corrispondente rimborso massimo è elevato di 516,00 euro. In caso di parto gemellare o plurigemellare i massimali previsti per il parto naturale e per quello cesareo sono:

	Parto gemellare	Parto plurigemellare
Naturale	7.500 euro	8.750 euro
Cesareo	11.250 euro	13.125 euro

viii. per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici rieducativi e cure termali (escluse le spese alberghiere), apparecchi per fisioterapia, con il massimo di 310,00 euro per sinistro e per anno, effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero reso necessario dalla malattia che ha determinato il ricovero, 50 giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno con intervento chirurgico o in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, 30 giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno senza intervento chirurgico; nei 120 giorni successivi alla cessazione, se il ricovero è stato reso necessario da infortunio; nei 180 giorni successivi alla cessazione se il ricovero è avvenuto in conseguenza di gravi mali.

ix. Per il trasporto per ricovero, dimissione o trasferimento in altro centro si rimborsa la spesa fatturata con il limite di 1.000,00 euro anno/evento senza applicazione dello scoperto 19%. Nel caso di trasferimento da un istituto di cura a un altro, si considera come unico evento/sinistro la fattispecie in cui la dimissione e la nuova ammissione avvengano nella medesima giornata.

x. per spese odontoiatriche ed ortodontiche solo se sostenute durante ricovero a seguito di infortunio e nei 120 giorni successivi alla cessazione del

ricovero, con un massimale di 15.494,00 euro per anno e per nucleo (vedi anche articolo 4 Assistenza Odontoiatrica)

xi. In caso di intervento chirurgico ambulatoriale, reso necessario da malattia o da infortunio, per la determinazione dei termini temporali per le prestazioni sanitarie pre e post di cui sopra, si tiene conto del giorno dell'intervento stesso. Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi è compreso il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore. Nel caso di donazione da vivente, è compreso il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relative al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e dell'équipe operatoria e materiale dell'intervento), cure, medicinali e rette di degenza. Nel corso di degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno (day hospital), dietro presentazione di cartella clinica, il fondo rimborsa inoltre, nei limiti sopra descritti e nei limiti previsti dal tariffario e dal presente regolamento, le spese sostenute per:

- assistenza medica ed infermieristica
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria
- diritti di sala operatoria
- apparecchi protesici, terapeutici applicati durante l'intervento
- cure e accertamenti diagnostici
- trattamenti fisioterapici
- per medicinali erogati durante il day hospital coerente con le patologie che hanno determinato il ricovero viene rimborsato il costo documentato
- retta di ricovero diurno, con un massimo di 220,00 euro
- accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici) effettuati nei 50 giorni precedenti il ricovero a regime esclusivamente diurno con intervento chirurgico, 30 giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno senza intervento chirurgico e nei 50 giorni seguenti il ricovero a regime esclusivamente diurno con intervento chirurgico, 30 giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno senza intervento chirurgico.

III. Strutture private convenzionate con il fondo

Diverse strutture private, su tutto il territorio nazionale (vedi elenco sul sito di

Galeno), sono convenzionate con il fondo che, in caso di ricovero del socio o di familiari del suo nucleo provvede a rimborsare direttamente la struttura privata entro i limiti previsti dal tariffario. Ai fini della concessione dell'autorizzazione da parte del fondo all'intervento o alle prestazioni in regime di convenzionamento diretto, il socio deve inviare all'indirizzo all'indirizzo PEC gestionisinistri@pec.cassagaleno.it, almeno dieci giorni prima, il modulo di richiesta, il certificato medico con la diagnosi di ricovero o con il quesito diagnostico per le prestazioni extraricovero o ambulatoriali, per sé o per il proprio familiare, corredato da una breve anamnesi prossima e remota con la data di insorgenza dei sintomi e, o della patologia per la quale si richiede la prestazione.

Esclusione di responsabilità di Galeno per prestazioni erogate presso strutture e, o da professionisti convenzionati

È esclusa ogni responsabilità del fondo per gli eventuali danni che dovessero derivare da e per prestazioni erogate da centri medici, diagnostici, terapeutici, di analisi ecc. nonché da terzi e/o personale sanitario, medici e professionisti operanti, a qualsiasi titolo, nella struttura.

IV. Ricovero in regime misto

Se durante il ricovero il socio usufruisce di prestazioni in regime misto (in parte a carico del Servizio sanitario nazionale e in parte in regime privato), quanto speso in regime privato sarà rimborsato con le medesime modalità indicate al punto II. Se il ricovero avviene in una struttura convenzionata con il fondo, nella quale vi sono settori accreditati e, o convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, la casa di cura s'impegna ad applicare per particolari comfort alberghieri aggiuntivi e, o prestazioni di personale medico e, o paramedico al di fuori del Servizio sanitario nazionale, tariffe aggiuntive entro i limiti previsti dal tariffario. Le prestazioni usufruite durante ricovero in regime di intramoenia sono assimilate a quelle usufruite in regime privato e rimborsabili secondo quanto previsto al precedente punto II. Il ricorso anche parziale al regime privato esclude la possibilità di usufruire della diaria sostitutiva da ricovero.

V. Interventi chirurgici concomitanti e contemporanei

In caso di interventi chirurgici concomitanti e contemporanei, anche se la via d'accesso è diversa ma eseguiti nella stessa seduta operatoria si applica la tariffa intera riferita all'intervento principale o comunque più oneroso e la tariffa ridotta del 50% per ciascuno degli eventuali altri interventi, fatta esclusione per gli interventi che richiedano scientificamente la doppia e distinta equipe chirurgica.

VI. Extraricovero

- i. Qualora le prestazioni siano a carico del Servizio sanitario nazionale, o di strutture con esso convenzionate, i ticket, limitatamente alle prestazioni sotto elencate al punto ii e con esclusione dei medicinali, saranno rimborsati al 100 per cento del loro importo, senza applicazione del tariffario e senza applicazione dello scoperto 19% e comunque entro il limite di 6.500,00 euro per anno assicurativo e per nucleo familiare di cui alla precedente sezione c.
- ii. Qualora le prestazioni siano usufruite al di fuori del Servizio sanitario nazionale o di strutture con esso convenzionate, ovvero in regime di intramoenia, i rimborsi sono previsti, entro il già menzionato limite di 6.500,00 euro per anno assicurativo e per nucleo familiare di cui alla precedente sezione c, secondo i limiti del tariffario.

Vengono rimborsate al 100% le spese sostenute per:

- amniocentesi
- chemioterapia
- radioterapia e radioisotopoteria
- test di diagnosi prenatali alternativi all'amniocentesi e villocentesi
- villocentesi

Vengono rimborsate con uno scoperto pari al 19% le seguenti prestazioni:

- agoaspirato
- angiografia (compresa arteriografia e flebografia)
- colposcopia
- campo visivo
- diagnostica ecografica
- diagnostica radiologica e di medicina nucleare
- doppler, ecodoppler e ecocolor Doppler

- Driaprepgyn
- Duopaptest
- eco stress
- elettroencefalografia normale, con sonno farmacologico, dinamico continuo
- elettrocardiografia normale, da sforzo e dinamica second Holter
- elettromiografia
- emogasanalisi
- endoscopie digestive diagnostiche e terapeutiche secondo le raccomandazioni della European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)
- endoscopie respiratorie e urinarie diagnostiche o terapeutiche
- holter pressorio
- infiltrazioni medicamentose articolari
- isteroscopia diagnostica senza sedazione/anestesia
- laringoscopia
- mappa nevica con eventuale epiluminescenza
- mielografia
- Mineralometria ossea computerizzata - MOC (prevista nel caso di terapie cortisoniche, precedenti fratture, terapie particolari la cui natura può comportare un aumento del rischio di fratture, purché a fronte di invio di idonea documentazione)
- pacchetto omnicomprensivo comprendente prestazioni fisioterapiche previste dal tariffario in vigore a deroga di quanto previsto al primo capoverso del successivo punto B.4 lett o)
- Pap test
- polisonnografia
- potenziali evocati
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia
- spirometria
- test allergologici (riconosciuti dal Ministero della Salute)
- Thinpretest
- tomografia ad emissione di fotone singolo (spet)
- tomografia ad emissione di positroni (Pet)
- tomografia computerizzata, angiotac e angiospiraltac

- trattamento con qualsiasi tecnica chirurgica, microchirurgica, strumentale, con esclusione, quindi, della terapia medica, di lesioni cutanee/mucose non estetiche di origine virale potenzialmente invasive e/o di natura precancerosa.

- uroflussimetria

Le linee guida ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy), ad eccezione di casi molto particolari di rischio aumentato, raccomandano una tempistica dei controlli a 5 anni, come riportato nella tabella., con la possibilità di anticipare a 3 anni negli ulteriori casi descritti.

Risultato della colonscopia	Timing del primo follow-up
NON meritevoli di sorveglianza • nessun polipo, • asportazione completa di 1-4 adenomi, < 10 mm, con displasia di basso grado, indipendentemente dalla componente villosa, • asportazione completa di qualsiasi polipo serrato < 10 mm senza displasia	a 5 anni: colonscopia o ritornano al percorso di screening regionale
Meritevoli di sorveglianza • asportazione completa di almeno un adenoma ≥ 10 mm, • qualsiasi polipo con displasia di alto grado, • ≥ 5 adenomi, • qualsiasi polipo serrato ≥ 10 mm o con displasia	a 3 anni: colonscopia

Per ripetere l'esame prima del timing previsto dal successivo follow up, la comparsa di eventuale sintomatologia deve essere certificata dallo specialista (gastroenterologo, oncologo, chirurgo generale) che dovrà indicare le motivazioni cliniche che consentono di discostarsi dalle linee guida di riferimento.

Su tali motivazioni il Comitato Scientifico si pronuncia con parere motivato e insindacabile.

La tabella non comprende le raccomandazioni ESGE per il follow-up post resezione chirurgica di tumore del colon – retto.

Sono comprese in garanzia le fisioterapie in ambito ortopedico/fisiatrico, neurologico, cardiologico, urologico, ginecologico e di altre branche specialistiche correlate al trattamento riabilitativo richiesto dallo specialista di branca.

Riguardo alle prestazioni di terapia fisica e riabilitativa vengono rimborsate:

- in caso di patologia post-traumatica: due cicli di prestazioni riabilitative di 20 prestazioni per ciclo per anno/persona.
- patologia degenerativa certificata da specialista di branca: ciclo di massimo 10 prestazioni per anno/persona.

Per “patologie degenerative” si intendono quei processi morbosi a lenta insorgenza che si manifestano con fenomeni regressivi e/o di sofferenza delle cellule e dei tessuti atti a determinare una progressiva diminuzione dell'efficienza dei distretti e degli organi colpiti.

La diagnosi deve essere effettuata qualsiasi specialista di riferimento correlata al trattamento riabilitativo richiesto.

Le prestazioni chirurgiche erogate con modalità ambulatoriale (day service) non comportano il rimborso della retta di degenza. Se effettuate a carico del Servizio sanitario nazionale o di strutture accreditate sarà rimborsato il 100 per cento del ticket.

Per il **trattamento dell'infertilità** l'importo riportato nel tariffario, pari a 1.549,00 euro, va inteso come rimborso massimo onnicomprensivo e accessibile non più di due volte (ciascuna per l'importo massimo di 1.549,00 euro) nell'intero periodo di appartenenza al fondo da parte del socio. All'importo di 1.549,00 euro previsto non è applicato lo scoperto del 19%.

Solo per le malattie oncologiche, ad eccezione di radioterapia e radioisototerapia, vengono rimborsate con uno scoperto pari al 19% le spese per:

- tutti gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche ed i relativi onorari medici, anche se non seguiti dal ricovero, purché sia diagnosticata la malattia oncologica e tutte le visite specialistiche e tutte le terapie in cui è dimostrata una evidenza scientifica di efficacia in ambito oncologico rese necessarie dalla malattia e sostenute entro due anni dalla diagnosi
- terapie effettuate a domicilio da personale medico o paramedico
- esami cito-istologici
- parrucche per perdita capelli a seguito di chemioterapia. Per queste ultime

il limite di indennizzo è di 1.000,00 euro

- affitto di apparecchiature oncologiche: con un massimo di 516,00 euro per ciclo terapeutico o 103,00 euro per ogni seduta e con il limite di 2.582,00 euro per anno e comunque nell'ambito del massimale garantito per le spese extraricovero
- terapia psicologica: supporto psicologico, fornito da psicologo abilitato, con il massimo annuo di 500,00 euro.

Tutte le terapie (radianti, chemioterapiche ed altre), rese necessarie dalla malattia, sostenute entro due anni dalla diagnosi sono rimborsate al 100% senza applicazione dello scoperto 19%. Inoltre, la radioterapia fruita in ambito extra ricovero e in regime pubblico è sostenuta con una diaria di 40,00 euro per seduta. Quando i trattamenti di radioterapia sono erogati in ambito privato, il sottolimito applicato per anno e per persona è di 15.000,00 euro.

iii. Medicina oncologica preventiva

Il fondo rimborsa le spese per i seguenti esami effettuati a scopo preventivo, e con il limite di € 1.000,00 per singola persona e con un massimo € 1.500,00 per nucleo ogni due anni.

Le spese sostenute per le seguenti prestazioni vengono liquidate con uno scoperto del 19%

- Mammografia con tomosintesi;
- Mammografia
- Ecografia della mammella;
- Pap-test;
- DiaPrepGyn/ThinPrepPap Test; Duo pap-test
- Ecografia pelvica e transrettale
- Quantificazione del Psa sierico, totale e frazionato;
- Ecografia tras-endo vaginale.
- Mappa Nevica

È previsto inoltre il rimborso di una visita specialistica oncologica in caso di riscontro positivo delle prestazioni di prevenzione effettuate.

È previsto il rimborso integrale del ticket di ognuna delle seguenti prestazioni equivalenti:

- Test HPV ricerca e tipizzazione DNA
- Test HPV ricerca e tipizzazione mRNA

- Proteina P16
- Ricerca Proteina L1
- ecografia prostatica transrettale
- ecografia pelvica o transrettale
- quantificazione del Psa sierico, totale e frazionato
- ecografia trans-endo vaginale
- mappa nevica

È previsto il rimborso - nell'ambito degli stessi sottolimiti di 1.000,00 e 1.500,00 per nucleo - di una visita specialistica oncologica in caso di riscontro positivo delle prestazioni di prevenzione effettuate.

iv. Prevenzione dell'osteoporosi (MOC)

Nel limite del tariffario, viene incluso il rimborso delle spese per la MOC per le assicurate di sesso femminile per la prevenzione dell'osteoporosi con le seguenti modalità:

- dopo i 50 anni una ogni tre anni
- prima dei 50 anni, solamente nel caso di menopausa precoce dichiarata, sempre comunque una ogni tre anni

v. Prevenzione cardiovascolare e accertamento sindrome metabolica

Viene prevista l'effettuazione, una volta l'anno, delle seguenti prestazioni relative all'accertamento della sindrome metabolica mediante la relativa procedura nelle strutture convenzionate con UniSalute, accessibili attraverso la centrale operativa UniSalute al numero gratuito 800.009611:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Nel caso di stato di sindrome metabolica conclamata, il socio potrà effettuare una visita cardiologica esclusivamente presso un centro convenzionato con UniSalute.

VII. Gravidanza

Nell'ambito dei massimali di cui al precedente punto II, in caso di ricovero ed extraricovero, sono in garanzia esclusivamente:

- l'amniocentesi
- la villocentesi

- test prenatali non invasivi (come ad esempio B test e Prenatal Safe). Per i test valgono i medesimi plafond previsti nel tariffario per l'amniocentesi. Nel caso di effettuazione dei test sopraindicati, non verrà garantita dalla copertura un'eventuale successiva amniocentesi/villocentesì.
- rientrano in garanzia, come prestazioni extra ricovero, tre ecografie , di cui una morfologica, alle tariffe previste dal Tariffario di Galeno, e tre monitoraggi (cardiotocografie), sempre alla tariffa prevista nel tariffario di Galeno.
- tutte le prestazioni sanitarie sul nascituro fino al momento della nascita, per manifestate malattie e, o lesioni dello stesso. Tali prestazioni decorrono a partire dal trecentunesimo giorno successivo a quello d'inizio delle altre prestazioni.

VIII. Infortuni

In caso di infortunio che comporti un ricovero (con almeno un pernottamento in istituto di cura), il rimborso delle spese sanitarie è previsto secondo quanto riportato alle voci ricoveri. Se, invece, l'infortunio non comporta un ricovero, il rimborso delle spese sanitarie è limitato alle prestazioni riportate alla voce V. Extraricovero.

IX. Diaria post ricovero per gravi mali

In caso di "Gravi mali", come definiti al punto b. Definizioni, anche in assenza di ricovero e anche in caso di Day Hospital, OBI, o Pronto Soccorso, è prevista una diaria di € 75,00 per massimo 30 giorni per anno, per evento e per nucleo, in caso di inabilità lavorativa assoluta temporanea comprovata da idonea documentazione.

X. Assegno exitus

Previsto per spese di trasporto per il rimpatrio della salma, con il limite di 3.000,00 euro per anno/per persona, in caso di decesso del socio o del suo familiare avvenuto durante ricovero all'estero, purché il ricovero risulti in garanzia.

e. Che cosa non rimborsa il fondo

I. Le spese conseguenti alle patologie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di malformazioni e, o difetti congeniti/genetici, ad eccezione dei neonati assicurati, per i quali la garanzia si intende estesa agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e, o difetti congeniti/genetici. Si

specifica come, prima di procedere alla liquidazione degli importi, la verifica della sussistenza delle patologie e dei difetti congeniti in questione sarà effettuata dal Comitato Scientifico unicamente mediante l'esame della cartella clinica. Qualora il Comitato Scientifico abbia precedentemente autorizzato l'effettuazione di prestazioni sanitarie, l'autorizzazione stessa sarà oggetto di ritiro – con conseguente non rimborsabilità delle somme richieste - se dall'analisi della cartella clinica si evidenzi la sussistenza delle patologie e dei difetti congeniti di cui sopra

II. le spese legate a patologie preesistenti, ovvero quelle patologie diagnosticate e quindi conosciute dall'assistito al momento dell'adesione alla cassa. Si specifica come, prima di procedere alla liquidazione degli importi, la verifica della sussistenza delle patologie pregresse sarà effettuata dal Comitato Scientifico unicamente mediante l'esame della cartella clinica. Qualora il Comitato Scientifico abbia precedentemente autorizzato l'effettuazione di prestazioni sanitarie, l'autorizzazione stessa sarà oggetto di ritiro – con conseguente non rimborsabilità delle somme richieste - se dall'analisi della cartella clinica si evidenzi la non rimborsabilità delle voci stante la sussistenza delle patologie pregresse di cui sopra

III. le spese per infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere

IV. le spese per infortuni derivanti da tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico sociale cui il socio e, o il suo familiare abbia preso parte volontariamente

V. le spese per infortuni derivanti da azioni delittuose del socio e, o del suo familiare sono compresi tuttavia gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi

VI. le spese legate a infortuni subiti in periodo antecedente l'ingresso al fondo. Si specifica come, prima di procedere alla liquidazione degli importi, la verifica della sussistenza degli infortuni in questione sarà effettuata dal Comitato Scientifico mediante l'esame della cartella clinica e, qualora non disponibile, della diversa documentazione pervenuta. Qualora il Comitato Scientifico abbia precedentemente autorizzato l'effettuazione di prestazioni sanitarie, l'autorizzazione stessa sarà revocata – con conseguente non rimborsabilità delle somme richieste - se dall'analisi della cartella clinica e di tutta la documentazione pervenuta si evidenzi l'ascrivibilità dei suddetti

infortuni ad epoca antecedente all'ingresso in Cassa

VII. le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetto fisico pre-esistente all'ingresso nel fondo e loro conseguenze mediche e chirurgiche, intendendosi per tale la formazione anomala di parte anatomica obiettivamente visibile o clinicamente diagnosticata prima dell'ingresso nel fondo

VIII. gli interventi e le applicazioni di carattere estetico e conseguenze medico-chirurgiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva in conseguenza diretta di malattia o infortunio avvenuti durante il periodo di iscrizione al fondo)

IX. i costi derivanti da acquisto, manutenzione, riparazione o noleggio di apparecchi protesici o terapeutici (salvo quanto previsto in caso di ricovero, intervento chirurgico ambulatoriale e prestazioni extra-ricovero, day hospital)

X. le spese legate alla correzione della miopia, tranne quelle affrontate in caso di miopia grave, oltre 6 diottrie, con il sotto limite onnicomprensivo di laserterapia e tutti gli esami collegati pre e post intervento di 1.500,00 euro per anno e per nucleo familiare (un occhio). In caso di intervento di correzione applicato ad entrambi gli occhi, il sotto limite onnicomprensivo per anno e nucleo familiare è fissato in 2.500,00 euro. Questa garanzia è prestata con una carenza di 301 giorni dall'iscrizione al fondo

XI. le spese legate all'acquisto di occhiali e lenti a contatto

XII. le prestazioni e gli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici, fatto salvo quanto previsto dalla copertura odontoiatrica e ad eccezione di quelli intervenuti a seguito di infortunio che abbia comportato ricovero con almeno una notte di degenza, durante lo stesso e nei 120 giorni successivi alla dimissione, come precedentemente riportato al punto II

XIII. le spese legate a malattie mentali

XIV. le spese legate a conseguenze derivanti da abuso di alcolici o di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni

XV. le spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi se non conseguenti ad un ricovero con intervento chirurgico o ad un ricovero per grave male, salvo quanto stabilito nella sezione V. Extraricovero. Non rientrano nelle malattie oncologiche senza ricovero i trattamenti delle neoplasie benigne ad eccezione di quelle compressive e, o compromissive. Non sono compresi inoltre i danni derivanti da guerre ed insurrezioni, trasmutazione del nucleo dell'a-

tomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti. Sono invece comprese le conseguenze di terapie radianti previste in garanzia.

XVI. Sono inoltre esclusi:

- i ricoveri ed i DH durante i quali vengono effettuati solo accertamenti clinici e terapie fisiche e riabilitative che, in relazione allo stato clinico dell'assistito all'atto del ricovero/DH, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale
- i ricoveri causati dalla necessità dell'assistito infermo di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza, intendendo per tali quelli determinati da condizioni fisiche che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale
- I ricoveri per l'interruzione volontaria della gravidanza.

Articolo 3. Ltc - Long term care

Ltc Rimborso

Questa forma di assistenza in caso di non autosufficienza è riservata a tutti i soci, compresi gli aderenti al Piano cent'Anni.

a. Forma di assistenza

Nel limite del massimale mensile (1.050,00 euro, e erogabili per una durata massima di 10 anni qualora l'età del socio al momento in cui venga stabilito lo stato di non autosufficienza risulti pari o inferiore ai 69 anni, per una durata massima di 5 anni qualora l'età del socio al momento in cui venga stabilito lo stato di non autosufficienza risulti superiore ai 69 anni), si garantisce attraverso la rete di strutture convenzionate con la compagnia UniSalute l'erogazione di prestazioni sanitarie e, o socio assistenziali e, in caso di permanenza in residenza sanitaria assistenziale, il rimborso delle spese sostenute. La garanzia è attivabile chiamando la centrale UniSalute al numero verde 800-822480 (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +0516389048).

b. Definizioni

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza il socio il cui stato clinico

venga giudicato “consolidato” e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana:

- lavarsi
- vestirsi e svestirsi
- andare al bagno e usarlo
- spostarsi
- continenza
- nutrirsi

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'assistito nel suo compimento ed assegnato un punteggio.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti. Per la definizione del punteggio si veda il seguente schema.

Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza

Atti elementari della vita quotidiana

Lavarsi	Punteggio
1° grado L'assistito è in grado di farsi il bagno e, o la doccia in modo completamente autonomo	0
2° grado L'assistito necessita di assistenza per entrare nella e, o uscire dalla vasca da bagno	5
3° grado L'assistito necessita di assistenza per entrare nella e, o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	10

Vestirsi e svestirsi	Punteggio
1° grado L'assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	0

2° grado L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e, o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e, o per applicare/togliere una protesi	5
3° grado L'assistito necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e, o svestirsi e, o applicare/togliere una protesi	10

Andare al bagno e usarlo	Punteggio
1° grado L'assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): (1) andare in bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno	0
2° grado L'assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	5
3° grado L'assistito necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	10

Continenza	Punteggio
1° grado L'assistito è completamente continente	0
2° grado L'assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	5
3° grado L'assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia	10

Nutrirsi	Punteggio
1° grado L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	0
2° grado L'assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: • sminuzzare/tagliare cibo • sbucciare la frutta • aprire un contenitore/una scatola • versare bevande nel bicchiere	5
3° grado L'assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	10

Condizioni di assicurabilità

Le garanzie di cui alla presente copertura si intendono operanti per tutti gli stati di non autosufficienza insorti dalle ore 24 del 31/12/2019 sino alla scadenza contrattuale. Rimangono pertanto esclusi dalla copertura gli stati di non autosufficienza documentati, descritti o riconosciuti in ambito pubblico o privato al 31/12/2019.

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

- non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile o intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
- Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

c. Prestazioni garantite

Sono garantite le seguenti prestazioni:

- Piano assistenziale Individualizzato (Pai)
- Prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate/rimborso spese in caso di permanenza in residenza sanitaria assistenziale. Nel caso in cui venga riconosciuto lo stato di non autosufficienza consolidato, all'assistito verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, il case manager inoltre eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il Pai (Piano assistenziale individualizzato che ha lo scopo di valutare la persona dal punto di vista clinico, assistenza, sociale ed economico per elaborare un piano di assistenza che soddisfi le necessità riscontrate). Il Pai permette l'attivazione delle prestazioni medico/assistenziali che sono state valutate necessarie all'assistito non autosufficiente, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli enti pubblici (Regioni, Comuni, Asl) e consegnerà all'assistito una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assistito o dai familiari.

Qualora l'assistito necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate, la compagnia di assicurazione, nei limiti del massimale mensile, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'assistito che nelle strutture stesse.

All'assistito verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico della compagnia, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'assistito e quelle eventualmente rifiutate dall'assistito. Questo documento dovrà essere firmato dall'assistito, dall'amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'assistito, per accettazione del Pai.

Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto:

- assistenza fornita da infermiere – operatore socio sanitario – assistente familiare
- badante
- trattamenti fisioterapici e rieducativi
- visite specialistiche
- accertamenti diagnostici

- trasporto in ambulanza
- prestazioni erogate in regime di ricovero.

La compagnia procederà con la prenotazione e autorizzazione, delle suddette prestazioni, esclusivamente in strutture convenzionate con la compagnia di assicurazione stessa, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto per la permanenza dell'assistito in residenza sanitaria assistenziale.

La compagnia provvederà a monitorare costantemente l'andamento del Pai, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'assistito stesso e, o dalle strutture convenzionate con la compagnia utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell'esaurimento del massimale, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'assistito, è possibile usufruire tramite condivisione con il case manager e la centrale operativa, della prenotazione delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'invio alle strutture, prescelte tra quelle facenti parte della rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assistiti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Nel caso in cui la compagnia di assicurazione riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il case manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il Pai, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli enti pubblici (Regioni, Comuni, Asl) e consegnerà all'assistito una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assistito o dai familiari. Qualora l'assistito necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate, la compagnia di assicurazione, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'assistito, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assistiti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

La compagnia di assicurazione provvederà a monitorare costantemente l'andamento del Pai, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'assistito stesso e, o dalle strutture convenzionate con la compagnia

di assicurazione utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste.

La compagnia di assicurazione si riserva la facoltà di sottoporre l'assistito ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso.

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'assistito comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, la compagnia di assicurazione rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite della compagnia di assicurazione, nei limiti del massimale mensile.

Qualora invece le condizioni dell'assistito non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'assistito stesso.

Nel caso in cui la compagnia di assicurazione non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'assistito.

Laddove il punteggio assegnato dalla compagnia di assicurazione al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'assistito verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, il case manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il Pai, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli enti pubblici (Regioni, Comuni, Asl) e consegnerà all'assistito una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assistito o dai familiari. Qualora l'assistito necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate, la compagnia di assicurazione provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'assistito, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assistiti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Qualora il socio sia assistito presso una Residenza sanitaria assistenziale e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste, la compagnia di assicurazione provvederà a rimborsargli, nei limiti del massimale previsto, esclusivamente la retta mensile.

Sono inoltre rimborsate le spese sostenute per l'adeguamento domestico a favore del socio al quale è stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza permanente. La copertura prevede il rimborso delle spese, per l'abbattimento delle bar-

riere architettoniche interne all'abitazione oppure di accesso all'abitazione e le opere anche murarie effettuate all'interno all'abitazione per adattarle alle esigenze specifiche dei soci non autosufficienti.

Il rimborso delle spese è previsto nei limiti di un massimale autonomo di 3.000,00 euro per ogni socio (massimale una tantum).

d. In quali casi il rimborso/il servizio non viene erogato

Sono sempre escluse le conseguenze:

- di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze
- di tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assistito con dolo o colpa grave
- di malattie/infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili
- di partecipazione attiva dell'assistito ad atti criminali
- del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'assistito di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute
- di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'assistito ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti
- dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti
- di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno
- di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto)
- di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assistito
- delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale
- di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici

- di tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali
- dirette o indirette di pandemie.

e. LTC temporanea

È erogato ai soci temporaneamente non autosufficienti un importo di 1.000,00 euro mensili da corrispondersi per una durata massima di 6 mesi.

Condizioni di assicurabilità

Le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:

- a) spostarsi
- b) lavarsi
- c) vestirsi
- d) nutrirsi.

2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%

3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.

4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica

Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza il socio il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo)

- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire)
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio)
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente).

e necessiti temporaneamente ma in modo costante:

- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio
- di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata

Articolo 4. Assistenza odontoiatrica

a. Accesso alle garanzie

Le garanzie sono operanti in caso di malattia e infortunio, salve le prestazioni di prevenzione previste, nelle sole strutture sanitarie convenzionate Unisalute.

Per accedere alle prestazioni è necessario contattare la centrale operativa UniSalute (numero gratuito 800-009611).

b. Massimali e prestazioni garantite

Le prestazioni odontoiatriche garantite dal fondo si distinguono in:

I. prestazioni di prevenzione odontoiatrica, che comprendono:

- una seduta di igiene orale l'anno (ablazione del tartaro con ultrasuoni)
- una visita specialistica odontoiatrica l'anno

II. Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero conseguenti alle seguenti patologie:

- adamantinoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- odontoma
- osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o mandibola-

re. Sono compresi gli interventi di implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla garanzia, purché anch'essi conseguenti alle stesse patologie. Il limite annuo di spesa per gli interventi chirurgici odontoiatrici extra- ricovero è fissato in 4.500,00 euro per nucleo familiare.

III. Prestazioni a tariffe agevolate

Per le prestazioni odontoiatriche non ricomprese nei punti I e II è possibile richiedere alla centrale operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe agevolate riservate a soci e familiari.

IV. Servizi di consulenza

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla centrale operativa di Unisalute, telefonando dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30 al numero gratuito 800-009611

i. 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'attività sanitaria (informazioni burocratiche, ecc.)
- assistenza diretta in Italia
- centri medici specializzati per particolari patologie.

ii. Prenotazione di prestazioni sanitarie

La centrale operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con Unisalute.

iii. Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia il socio e/o il familiare necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la centrale operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

c. Che cosa non rimborsa il fondo

Sono sempre escluse le protesi estetiche e i trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

Articolo 5. Le integrazioni delle coperture per i soci e le adesioni alle coperture dei familiari

Ferme restando le disposizioni normative sopra descritte per ogni singola copertura, è consentito.

Ai soci di integrare il piano automatico come segue:

a. Assistenza sanitaria

L'integrazione della copertura sanitaria prevede l'inserimento nella garanzia di una diaria da ricovero integrativa (previa dichiarazione sanitaria sullo stato di salute). Tale diaria garantisce la corresponsione in caso di ricovero in strutture pubbliche o private, di una somma pari a 103,00 euro giornalieri. La copertura è valida in tutto il mondo ed è prestata fino ad un massimo di 180 giorni l'anno per ricovero e per persona. In caso di parto non cesareo, il periodo massimo di risarcimento deve intendersi prestato per un massimo di 5 giorni per anno assicurativo. Tale copertura cessa al compimento del settantesimo anno del socio e comunque all'ingresso nel Piano Cent'anni del socio stesso, anche per i familiari che ne godano nella forma "con nucleo". Possono usufruire di questa garanzia tutti i soci/iscritti del fondo con i rispettivi nuclei familiari fino al compimento del settantesimo anno di età, integrando il contributo mensile di 13,00 euro per l'accesso individuale alla prestazione o di 26,00 euro per estendere l'integrazione a tutto il nucleo familiare. La diaria verrà corrisposta salvo limitazioni di copertura per patologie in atto al momento della richiesta dell'integrazione. La copertura può essere richiesta al momento dell'iscrizione ovvero in un qualsiasi momento successivo al servizio assistenza soci. La copertura decorre dal primo giorno del secondo mese successivo a quello in cui viene effettuata ed accettata la richiesta.

b. Ltc (Long term care, perdita dell'autosufficienza)

I soci e, o i familiari possono integrare la copertura Ltc in due modalità diverse scegliendo tra 2 formule diverse di garanzia:

1. Ltc rimborso

Con le medesime garanzie valide per i soci (erogazione di una somma pari a 1.000,00 euro al mese per 5 o 10 anni a seconda dell'età) coniugi e figli

maggioresnni possono assicurarsi con questa copertura alle seguenti condizioni economiche:

Fascia d'età	Premi annui
18-25	224
26-30	260
31-35	305
36-40	362
41-45	436
46-50	531
51-55	656
56-60	826
61-65	1059
66-69	1305
70-75	1821
76-80	2504
81-100	3656

Le inclusioni facoltative dei coniugi e dei figli maggiorienni potranno essere effettuate il primo giorno dei mesi di gennaio, febbraio, marzo e aprile, previa compilazione dell'apposito questionario, che dovrà giungere al servizio assistenza soci della cassa entro e non oltre il 20 marzo.

Nel caso in cui sul questionario risulti una risposta positiva anche a una sola domanda, l'inclusione verrà sospesa e il questionario verrà trasmesso alla Consulenza Medica della Compagnia che presta la garanzia per la relativa valutazione in merito ai requisiti di inserimento in copertura.

2. Ltc rendita

Soci e familiari maggiorienni possono sottoscrivere volontariamente una formula di Ltc che garantisce l'erogazione di una rendita vitalizia rivalutabile, con una garanzia a vita intera che prevede l'erogazione di una rendita di 1.000,00 euro o 1.500,00 euro o 2.000,00 euro in qualunque momento si

dovesse verificare lo stato di non autosufficienza.

La rendita erogata in caso di sopravvenuta non autosufficienza è vitalizia, immediata e rivalutabile.

a. Limiti temporali e decorrenza delle prestazioni

Il limite temporale di fruizione della prestazione di non autosufficienza coincide con il 31 Dicembre dell'anno in cui il socio compie 70 anni di età per la garanzia temporanea, salvo quanto previsto per l'accesso alla forma volontaria a vita intera. È previsto un periodo di carenza pari ai primi 90 giorni di copertura durante il quale, nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza, la garanzia non opera. La formula a vita intera prevede un periodo di carenza di 3 anni nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia conseguenza di malattie, o di disturbi mentali di origine organica, insorte/i o manifestatesi nei primi tre anni successivi alla data di accesso alla garanzia integrativa. Conseguentemente, qualora, durante il periodo di carenza si verificasse la perdita di autosufficienza per gli eventi di cui sopra, la garanzia avrà effetto a partire dal quarto anno ovvero al termine del suddetto periodo di carenza. La copertura resterà comunque operante per i casi di non autosufficienza del socio e, o del familiare aderente relativi ad altri eventi.

b. Definizioni

Si intende per stato di non autosufficienza la condizione del socio e, o del familiare il quale, a causa di una malattia, patologie, lesioni, deficit neuromotori, decadimento psichico, si trovi in uno stato tale da aver bisogno, prevedibilmente per sempre, quotidianamente e in misura notevole, dell'assistenza di un'altra persona nel compiere, nonostante l'uso di ausili tecnici e medici, almeno quattro delle seguenti sei azioni consuete della vita quotidiana:

I. muoversi nella stanza: sussiste un bisogno di assistenza qualora il socio, nonostante l'utilizzo di stampelle o una sedia a rotelle, necessiti dell'aiuto di un'altra persona

II. alzarsi e mettersi a letto: sussiste un bisogno di assistenza qualora il socio non sia in grado di recarsi a letto o di lasciare il letto senza l'aiuto di un'altra persona

III. vestirsi e svestirsi: sussiste un bisogno di assistenza qualora il socio non sia in grado di vestirsi o svestirsi senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di abiti idonei alla malattia

IV. consumare cibi e bevande: sussiste un bisogno di assistenza qualora il socio non sia in grado di mangiare e di bere senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di posate e recipienti per bere idonei ai malati

V. lavarsi, pettinarsi e farsi la barba: sussiste un bisogno di assistenza qualora il socio debba essere lavato, pettinato e rasato da un'altra persona non essendo in grado di eseguire i movimenti del corpo necessari

VI. fare i propri bisogni: sussiste un bisogno di assistenza qualora il socio necessiti dell'aiuto di un'altra persona poiché:

- non è in grado di pulirsi da solo dopo la defecazione
- riesce a fare i propri bisogni solo con l'uso di una padella o perché l'intestino o la vescica possono essere svuotati solo con l'aiuto altrui.

c. Prestazioni garantite

In caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza permanente del socio - che deve essere certificata da un medico - durante il periodo di vigore della copertura e fino alla persistenza di tale stato, sarà erogata una rendita con periodicità mensile posticipata. Si precisa che in caso di decesso del socio nel corso del periodo di copertura, non è prevista alcuna prestazione. La rendita assicurata, nel corso del periodo di erogazione, viene rivalutata ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza dell'erogazione secondo quanto stabilito dalla clausola di rivalutazione del contratto disponibile presso il fondo. Non è ammesso l'istituto del riscatto.

d. In quali casi la rendita non viene erogata

È escluso dalla garanzia lo stato di non autosufficienza derivante direttamente o indirettamente da:

I. i seguenti eventi preesistenti: malattia, condizione patologica o infortunio (inteso come un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili), tranne quelli non conosciuti prima dell'ingresso nel fondo. Si precisa che tale esclusione non verrà applicata per i soci per i quali saranno trascorsi più di sei anni dall'accensione della prima copertura della presente garanzia

II. atti di guerra, operazioni militari, partecipazione attiva ad insurrezioni, sommosse e tumulti popolari

III. contaminazioni chimiche o batteriologiche, trasformazioni o assesta-

menti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti

IV. uso di stupefacenti o di allucinogeni ed abuso continuativo di alcolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria

V. malattie psichiatriche così come definite nel Dsm (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), pubblicato dall'American psychiatric association, in vigore al verificarsi dello stato di non autosufficienza.

e. Da quando la rendita viene erogata

Con il riconoscimento dello stato di non autosufficienza si genera il diritto del socio a percepire la prestazione prevista. In particolare, la corresponsione della rendita decorre:

- nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia dovuto ad infortunio, intendendo per tale l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili a partire dalla prima corresponsione di rata immediatamente successiva alla data di denuncia della perdita di autosufficienza
- nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia conseguente all'insorgenza della malattia di Alzheimer o simili demenze senili invalidanti di origine organica: a partire dalla prima corresponsione di rata immediatamente successiva alla data di denuncia della perdita di autosufficienza e comunque dopo che sia trascorso un periodo di 90 giorni dalla data di inserimento in garanzia
- nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia dovuto ad altre cause indipendenti da quelle specificate nei due precedenti punti a partire dalla prima corresponsione di rata immediatamente successiva alla data di denuncia della perdita di autosufficienza e comunque dopo che sia trascorso un periodo di 90 giorni dalla data di inserimento in garanzia. È inteso che il decesso del socio nel corso degli eventuali periodi di differimento della prestazione sopra descritti fa decadere il diritto al riconoscimento della prestazione.

f. Fino a quando la rendita viene erogata

La corresponsione della rendita cessa:

- con l'ultima scadenza di rata precedente il decesso del socio. Eventuali rate scadute e pagate successivamente a tale evento devono essere re-

stituite al fondo

- con la prima scadenza di rata precedente all'accertamento della mancata permanenza dello stato di non autosufficienza del socio. Nel corso del periodo di erogazione della rendita, il fondo si riserva il diritto di effettuare successivi accertamenti della condizione di non autosufficienza del socio, non più di una volta ogni tre anni. In tale occasione, sarà richiesta almeno la presentazione di un certificato del medico curante che attesti la permanenza dello stato di non autosufficienza, il fondo si riserva comunque la possibilità di richiedere al socio ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie. In caso di decesso del socio, dovrà essere indirizzata al fondo, entro 30 giorni, apposita comunicazione.

Articolo 6. Dichiarazioni fiscali delle compagnie di assicurazione e rendicontazione sul contributo annuo versato

Ai fini della detraibilità fiscale Galeno renderà disponibili a tutti i soci all'interno dell'area riservata del sito www.cassagaleno.it le dichiarazioni rilasciate dalla compagnia di assicurazione relative alle garanzie Ltc.

Articolo 7. Richiesta di prestazioni al fondo

a. Premessa

Fatto salvo quanto stabilito in via generale all'articolo 12 del regolamento norme generali, le richieste di prestazione sono disciplinate come segue.

b. Richiesta di rimborso spese per prestazioni sanitarie con o senza ricovero

In caso di prestazioni plurime fruita nella medesima seduta (es. visita cardiologica ed ECG), ai fini del riconoscimento del rimborso, le stesse devono essere fatturate singolarmente con l'indicazione del costo unitario. Non è previsto il rimborso per importi cumulativi e/o forfettari ad eccezione dei pacchetti autorizzati e formalizzati da Galeno all'interno del Tariffario (es. cataratta, parto...) o a seguito di specifici Accordi

contrattuali in essere con alcune Strutture convenzionate.

Il socio è tenuto a trasmettere al servizio assistenza soci:

I. modello di richiesta di rimborso delle spese sanitarie sostenute, scaricabile sul sito Galeno, nella sezione Sinistri

II. ulteriore documentazione da allegare al modello, variabile a seconda della prestazione per cui si richiede il rimborso.

i. Per prestazioni in struttura pubblica quali ricovero, intervento chirurgico, ricovero a seguito d'infortunio o grave male, parto, aborto spontaneo o terapeutico, si richiede – da allegare al modello – copia completa della cartella clinica.

ii. Per prestazioni in struttura privata quali ricovero, intervento chirurgico, day hospital, day surgery, ricovero a seguito d'infortunio o grave male, parto o aborto spontaneo o terapeutico in day hospital o day surgery, si richiede copia completa della cartella clinica e copia degli attestati di spesa.

iii. Per intervento chirurgico ambulatoriale si richiede copia della prescrizione medica attestante la patologia (non autoprescrizione), copia degli attestati di spesa e copia del referto o della relazione del medico che ha eseguito l'intervento.

iv. Per prestazioni pre e post ricovero, pre e post day hospital o day surgery in presenza d'intervento chirurgico, pre e post intervento chirurgico ambulatoriale, pre e post ricovero a seguito d'infortunio, pre e post ricovero a seguito di un grave male o grandi interventi chirurgici, si richiede copia della prescrizione medica attestante la patologia (non autoprescrizione) e copia degli attestati di spesa.

v. Per prestazioni extraricovero ambulatoriali di tipo strumentale si richiede copia della prescrizione medica attestante la patologia (non autoprescrizione) e copia degli attestati di spesa.

vi. Per prestazioni di prevenzione oncologica si richiede copia della prescrizione medica con scritto prevenzione oncologica (non autoprescrizione) e copia degli attestati di spesa.

vii. Per trattamenti fisioterapici e riabilitativi (anche pre e post ricovero), si richiede copia della prescrizione dello specialista (ortopedico o fisiatra) attestante la patologia sofferta e indicante quantità e tipologia delle prestazioni (non autoprescrizione) e copia degli attestati di spesa.

viii. Per indennità sostitutiva gravi mali si richiede certificato medico atte-

stante l'inabilità al lavoro rilasciato dall'Asl o dall'ente/società per il/la quale si lavora o certificato del medico oncologo.

ix. Per Fivet, Fertilizzazione in Vitro con Embryo Transfer, si richiede copia della documentazione medica attestante la patologia sofferta o le cause che impediscono la procreazione, copia degli attestati di spesa, copia del referto o della relazione del medico che ha eseguito l'intervento.

x. Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

Tutta la documentazione deve essere inviata in formato digitale (pdf) all'indirizzo di posta elettronica gestionesainistri@pec.cassagaleno.it oppure in copia a mezzo raccomandata.

Ricevuta la documentazione richiesta, il servizio assistenza soci provvederà a comunicare l'avvenuta liquidazione che avverrà tramite bonifico bancario sul conto corrente comunicato dal socio, dell'importo dovuto secondo il regolamento ed il tariffario, dedotto l'1 per cento destinato al fondo di solidarietà.

c. Richiesta relativa alla garanzia Ltc

Ltc rendita

La valutazione dello stato di non autosufficienza spetta alla compagnia. Al verificarsi della perdita permanente di autosufficienza, il socio e, o il suo familiare assicurato o altra persona che lo rappresenti, per il tramite del fondo deve richiedere per iscritto alla compagnia il riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Il socio è tenuto a trasmettere al servizio assistenza soci:

I. modello di richiesta Ltc, scaricabile sul sito Galeno, www.cassagaleno.it, nella sezione Sinistri

II. su modello fornito dalla compagnia, un certificato del medico curante che attesti la perdita permanente di autosufficienza

III. su modello fornito dalla compagnia, una relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza.

Tutta la documentazione deve essere inviata in formato digitale (pdf) all'indirizzo di posta elettronica gestionesainistri@pec.cassagaleno.it oppure in

copia a mezzo raccomandata.

Dalla data di ricevimento di tale documentazione (data di denuncia), decorre il periodo di accertamento da parte della compagnia, che in ogni caso non può superare i sei mesi. La compagnia si riserva comunque di richiedere al socio e, o al suo familiare ulteriori informazioni sulle predette cause nonché ulteriore documentazione medica. Ultimati i controlli medici, la compagnia comunica per iscritto al socio per il tramite del fondo, entro e non oltre il periodo di accertamento, il riconoscimento o meno dello stato di non autosufficienza.

Ltc rimborso

Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della compagnia di assicurazione.

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'assistito, il suo amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'assistito, dovrà:

I. chiamare il numero verde gratuito 800-822480 (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +0516389048) fornire le generalità proprie e del soggetto per il quale si desidera richiedere il riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

La compagnia di assicurazione provvederà a contattare la persona indicata per dare disposizioni in merito alla documentazione da produrre ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili. Potrà essere richiesta la compilazione del questionario anamnestico disponibile sul sito Galeno, area sinistri.

II. produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione - via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Tale fascicolo deve contenere:

- i.** il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato
- ii.** il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce
- iii.** il certificato del medico curante o del medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'assistito e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica

dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test Mms di Folstein)

iv. il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'assistito

v. Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al Servizio sanitario nazionale è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito

vi. Qualora l'assistito abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla compagnia di assicurazione tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il tardivo o omesso contatto con la centrale operativa potrebbe comportare l'impossibilità per la compagnia di assicurazione di erogare il miglior servizio nell'ambito della propria rete convenzionata.

La compagnia di assicurazione ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Nel caso in cui l'assistito sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata, la compagnia di assicurazione, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell'assistito al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, decorre dal momento in cui la compagnia di assicurazione considererà, completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello stato di non autosufficienza permanente dell'assistito.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti, se l'assistito è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione, se è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medi-

co dell'assistito, dovrà essere inviata alla compagnia di assicurazione.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'assistito sembrano insufficienti
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'assistito
- riscontrare uno stato di non autosufficienza suscettibile di miglioramento, rimandando la valutazione alla stabilizzazione delle condizioni di salute.

La compagnia di assicurazione avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'assistito da parte di un medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla compagnia di assicurazione quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustificano l'aggravarsi dello stato di salute dell'assistito intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Il diritto dell'assistito al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, decorre dal momento in cui la compagnia di assicurazione considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello stato di non autosufficienza permanente dell'assistito.

Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della compagnia di assicurazione dà diritto all'assistito che si trovi in stato di non autosufficienza, a richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in residenza sanitaria assistenziale o l'erogazione delle prestazioni sanitarie e, o socioassistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli:

- erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e, o socio assistenziali, per mezzo di strutture e, o personale convenzionato
- rimborso della retta mensile in caso di permanenza in residenza sanitaria assistenziale.

Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e, o socio assistenziali

In caso di erogazione delle prestazioni di cui al punto Piano assistenziale individualizzato (Pai) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate/rimborso spese in caso di permanenza in residenza sanitaria assistenziale, avvalendosi quindi di strutture e, o di personale convenzionati con la compagnia di assicurazione, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l'assistito opti per il pagamento diretto da parte della compagnia, della badante, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall'assistito oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell'assistito.

La struttura e, o il personale convenzionati non potranno comunque richiedere all'assistito 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 la somma assistita o non autorizzate dalla compagnia di assicurazione.

Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in residenza sanitaria assistenziale

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: UniSalute - servizio liquidazione - via Larga, 8- 40138 Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce
- il certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'assistito e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test Mms di Folstein)
- il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'assistito

- inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'invalidità di accompagnamento – invalidità civile al Servizio sanitario nazionale è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito

- qualora l'assistito abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla compagnia di assicurazione tutta la documentazione medica in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il fascicolo dovrà inoltre contenere le fatture e, o ricevute relative alle rette di degenza in residenza sanitaria assistenziale.

Il pagamento di quanto spettante all'assistito viene effettuato su presentazione alla compagnia di assicurazione della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'assistito, a fronte di specifica richiesta da parte della compagnia di assicurazione, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

d. Richiesta relativa alla garanzia odontoiatrica

Per le prestazioni di prevenzione odontoiatrica UniSalute effettua il pagamento diretto a copertura delle spese senza applicazione di scoperti o franchigie, nel limite annuo di spesa previsto all'articolo 4, punto b.. Il socio dovrà interloquire con la centrale operativa per concordare luogo e data delle prestazioni (numero gratuito 800-009611).

Per l'attivazione della garanzia per interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Elenco dei grandi interventi chirurgici Elenco dei gravi mali per i quali il massimale è elevato a 350.000,00 euro

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 extramidollari)
- interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- interventi per neoplasie del globo oculare
- intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- asportazione di tumori maligni del cavo orale
- asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- interventi demolitivi della laringe (intervento 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
- interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- interventi con esofagoplastica
- intervento per mega-esofago
- resezione gastrica totale
- resezione gastro-digiunale
- intervento per fistola gastro-digiunocolica
- colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (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
- cistoprostatovescicolectomia

- interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- interventi di orchiectomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- vulvectomy 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
- interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati Assicurati dal momento della nascita)

- polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- correzione chirurgica di atresie e, o fistole congenite
- correzione chirurgica di megauretere congenito
- correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- tutti

GRAVI MALI

Cancro, leucemia, infarto miocardico acuto, accidente cerebro/vascolare permanente (ictus), grandi interventi chirurgici.

Regolamento SALVADANAIO Previdenza



Articolo 1. Oggetto del regolamento

Il presente regolamento disciplina il funzionamento della gestione previdenza denominata “Salvadanaio di Galeno società mutua cooperativa - Fondo sanitario integrativo”, in seguito più brevemente denominata “fondo” o “Galeno”, in attuazione dello statuto vigente.

La gestione previdenza di Galeno società mutua cooperativa - Fondo sanitario integrativo si articola nelle due seguenti forme di risparmio previdenziale – destinate ai soci e, su richiesta, ai familiari maggiorenni - che si differenziano per tipologia di prestazioni, trattamento fiscale e per modalità di riscatto delle prestazioni maturate:

- a. previdenza integrativa, attraverso l’adesione individuale ad un piano assicurativo di tipo collettivo
- b. previdenza complementare, attraverso l’adesione individuale ad un fondo pensione aperto.

Articolo 2. Previdenza integrativa

a. Modalità di finanziamento

La posizione individuale al piano viene alimentata:

1. automaticamente, con una parte del contributo mensile variabile a seconda dell’età del socio
2. dagli eventuali versamenti volontari integrativi del socio o dei suoi familiari maggiorenni, non inferiori a 312,00 euro l’anno, addebitati secondo la cadenza di pagamento prescelta
3. dall’eventuale ripartizione dei saldi attivi, v. articolo 5 del regolamento norme generali.

b. Riscatto

1. Riscatto speciale

I soci possono uscire in qualsiasi momento dal fondo, a patto che sia trascorso almeno un anno completo di contribuzione, con le modalità descritte all’articolo 4, lettera a. del regolamento norme generali. In tal caso il socio che decida di uscire da Galeno avrà diritto a percepire il valore di riscatto speciale.

2. Riscatto parziale senza l'uscita dal fondo

I soci possono ritirare fino ad un massimo del 90 per cento dell'importo maturato nella propria posizione previdenziale senza uscire dal fondo, ma non prima che siano trascorsi almeno 5 anni dall'iscrizione. È ammessa la presentazione, nel corso del periodo di permanenza nel fondo, di una pluralità di richieste di riscatto parziale, fermo restando il rispetto delle condizioni previste circa la percentuale massima riscattabile a tale titolo (90 per cento) e fino al raggiungimento della capienza del massimo erogabile annualmente previsto dalla convenzione assicurativa.

A fronte di ciascuna richiesta di riscatto parziale il fondo dovrà controllare che le somme complessivamente erogate al socio a detto titolo (a fronte anche di precedenti richieste) non risultino superare il tetto del 90 per cento del totale della posizione individuale. Le somme complessivamente percepite a titolo di riscatto parziale non potranno infatti eccedere il 90 per cento della posizione individuale tempo per tempo maturata. In caso di superamento del predetto massimale, l'importo da erogarsi dovrà essere ridotto entro il limite consentito.

c. Garanzie finanziarie, capitale minimo garantito

Il patrimonio investito nella gestione separata cui fa riferimento il contratto, è autonomo e separato rispetto a quello del soggetto istitutore (compagnia di assicurazione) e gestito in base al principio della corrispettività tra prestazioni e quanto versato.

È previsto all'atto dell'affrancazione del piano previdenziale – indipendentemente dai risultati conseguiti annualmente dalla gestione separata - un capitale minimo garantito pari agli importi iniziali dei capitali acquisiti (contributi versati nella posizione individuale diminuiti delle commissioni previste), ridotti in funzione di eventuali riscatti parziali intervenuti successivamente al versamento.

d. Prestazione al termine del piano previdenziale (ingresso nel piano 100 anni)

I soci titolari, e, o i familiari maggiorenni che avessero aperto una posizione previdenziale, possono acquisire la prestazione di previdenza integrativa il

primo gennaio dell'anno successivo al compimento del 69° anno di età (termine di differimento).

Nell'ambito del piano Cent'anni è possibile continuare ad incrementare la propria posizione previdenziale con versamenti integrativi non automatici fino al compimento dell'85° anno di età, data alla quale la posizione è comunque liquidata al beneficiario per il caso di vita.

Articolo 3. Previdenza complementare

Il fondo pensione aperto consente a ciascuno di usufruire delle agevolazioni fiscali previste dalla normativa vigente che disciplina le forme di previdenza per l'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema obbligatorio.

Nel quadro del fondo pensione ciascuno può scegliere tra diverse linee di investimento, che si differenziano per la maggiore o minore presenza di azioni nel portafoglio di investimento; il socio e, o il familiare aderente ha la facoltà di variare il comparto di investimento (switch).

Quanto accumulato nella propria posizione individuale inoltre, nel rispetto della normativa vigente, può essere trasferito in altro fondo avente le medesime caratteristiche.

I beneficiari delle prestazioni sono:

- in caso di vita: i titolari delle prestazioni stesse
- in caso di premorienza: gli eredi legittimi e, o testamentari.

Collegandosi al sito www.cassagaleno.it nella sezione Salvadanaio è possibile accedere, attraverso un link dedicato, alla documentazione informativa predisposta dalla compagnia di assicurazione AXA Assicurazioni S.p.A. in ottemperanza alla normativa vigente.

Articolo 4. Integrazioni

Con versamenti volontari è possibile, per i soci e i familiari maggiorenni, integrare entrambe le prestazioni previdenziali con le modalità indicate al precedente articolo 2, lettera a.

Ai soci è consentito estendere le coperture di cui ai punti precedenti per sé e per i familiari maggiorenni del proprio nucleo inviando al servizio assistenza soci del fondo una richiesta scritta indicante:

- il proprio nome e cognome
- l'integrazione di coperture o di capitale richiesta per sé e, o per i propri familiari maggiorenni (ove consentito)
- i nominativi dei familiari maggiorenni interessati dall'integrazione.

Il servizio assistenza soci comunicherà:

- l'eventuale ulteriore documentazione necessaria ai fini dell'integrazione
- la decorrenza della copertura integrativa (che avrà efficacia, salvo diversa indicazione, dal primo giorno del mese successivo all'accettazione della richiesta)
- il costo dell'integrazione che si aggiungerà al contributo mensile versato.

Regolamento **SALVAGENTE**



Articolo 1. Oggetto del regolamento

Il presente regolamento disciplina il funzionamento delle coperture assicurative oltre specificate, denominate “Salvagente” di Galeno società mutua cooperativa - Fondo sanitario integrativo”, in seguito più brevemente denominata “fondo” o “Galeno”. Tali coperture, relative ai seguenti rischi, sono garantite attraverso l’adesione ad appositi contratti di assicurazione collettivi:

- a. morte per ogni causa
- b. morte e invalidità permanente da infortunio
- c. invalidità permanente da malattia.

Articolo 2. Limiti temporali, territoriali e capitali Assicurati

Le coperture cessano al compimento del settantesimo anno d’età e sono valide per il mondo intero. I valori assicurati per ciascuna garanzia sono calcolati, come di seguito indicato, con un minimo, in ogni caso, di 5.164,56 euro:

• soci con nucleo familiare

Il valore delle somme assicurate si ottiene prendendo come base di calcolo l’importo del contributo mensile, al netto di eventuali integrazioni volontarie, moltiplicato per 12, per il numero degli anni mancanti a 60 ed infine per 1,5

• soci singoli

I valori assicurati sono calcolati come per i soci con nucleo familiare, ad eccezione del caso morte (sia per ogni causa, sia per infortunio) in cui il valore assicurato è quello minimo garantito per tutti i soci, ovvero 5.164,56 euro. Si precisa che per la garanzia invalidità permanente da malattia, per la fascia di età compresa tra i 65 e i 70 anni, il capitale massimo assicurabile è pari a 5.164,56 euro. I limiti massimi assicurabili sono indicati per ciascuna garanzia negli articoli che seguono. È possibile integrare i valori assicurati nei limiti indicati oltre.

Articolo 3. Definizioni

Morte ogni causa: rischio morte coperto per qualunque causa senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione del socio.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Invalidità permanente da infortunio: perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla professione svolta.

Gessatura: mezzi di contenzione costituiti da fasce, docce o altri apparecchi e confezionato con gesso da modellare o schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretanica, i metodi di contenzione Ilizarov, Fea – Fissatore esterno assiale, termomodellati, Vrt, nonché il disposto applicato/prescritto da personale medico o paramedico utilizzato nel trattamento di contenzione articolare o distrettuale, o per osteosintesi, resi necessari da frattura, lussazione, distorsione clinicamente e strumentalmente accertata, nonché esiti di interventi chirurgici per cause dovute ad infortunio.

Invalidità permanente da malattia specifica: perdita definitiva e irrimediabile, totale o parziale, della capacità del socio di svolgere la propria specifica attività lavorativa a seguito di malattia.

Articolo 4. Morte ogni causa

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa.

a. Modalità assuntive

Per capitali assicurati fino a 85.000,00 euro sono sufficienti le dichiarazioni riportate sulla scheda di adesione individuale all'assicurazione collettiva vita. Per capitali assicurati fino a 103.000,00 euro, occorrono le dichiarazioni aggiuntive riportate sulla scheda di adesione individuale all'assicurazione collettiva vita, con riserva di richiesta di ulteriori documenti e, o accertamenti sanitari.

Le dichiarazioni aggiuntive dovranno essere comunque rese anche per capitali assicurati inferiori a 85.000,00 euro in presenza delle seguenti patologie:

- patologie cardio-vascolari (escludendo l'ipertensione): infarto del miocar-

dio, ictus, trombosi, aneurismi vascolari

- tumori maligni
- malattie neurologiche: Parkinson, Alzheimer, malattie neuronali tipo Duchenne, sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi multipla
- esiti poliomielite
- malattie autoimmuni: lupus eritematoso, sclerodermia, sindrome di Sjogren.

Galeno potrà richiedere eventuali integrazioni di contributo qualora dovesse accertare rischi superiori alla norma. La compagnia può rifiutare eventualmente il rischio.

b. Esclusioni

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- dolo del socio e, o del familiare assicurato o del beneficiario
- partecipazione attiva del socio e, o del familiare assicurato a delitti dolosi
- partecipazione attiva del socio e, o del familiare assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del socio, alle condizioni stabilite dal competente ministero
- incidente di volo, se il socio e, o il familiare assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio
- suicidio, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione.

In caso di decesso dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (Aids) ovvero ad un'altra patologia ad essa collegata, il capitale non sarà pagato qualora:

- il decesso avvenga nei primi 5 anni di appartenenza al fondo, se non fosse stata effettuata la visita medica
- il decesso avvenga nei primi 7 anni di appartenenza al fondo e il socio e, o il familiare assicurato, su richiesta del fondo, non avesse dato l'autorizzazione scritta per eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da Hiv o di sieropositività. Nel caso in cui il

socio all'atto dell'iscrizione produca l'esame Hiv con esito negativo (effettuato da non oltre un mese), la copertura s'intenderà prestata anche in caso di morte per Aids.

c. Sinistri multipli

In caso di sinistro che colpisca più soci e, o familiari assicurati a seguito di uno stesso evento accidentale, la copertura in caso di morte ogni causa, prevede un importo complessivo massimo di 5.000.000,00 euro. Tale importo andrà suddiviso in relazione al numero di soci e, o familiari assicurati colpiti da sinistro ed in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

Articolo 5. Morte e invalidità permanente da infortunio

a. Che cosa rimborsa il fondo

Per la morte e la invalidità permanente da infortunio la copertura comprende:

- l'asfissia causata da fuga di gas o vapore
- le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze (compresi l'avvelenamento e le lesioni da contatto con sostanze corrosive)
- le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali
- l'annegamento
- le ernie addominali traumatiche e le lesioni da sforzo
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore ed altre influenze termiche ed atmosferiche
- gli infortuni sofferti in stato di malore, vertigini o incoscienza
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche grave
- gli infortuni derivanti da insurrezioni, atti di terrorismo, tumulti popolari, aggressioni o da atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale, purché il socio e, o il familiare provi di non avervi preso parte attiva o volontaria
- gli infortuni subiti da soci e, o familiari in conseguenza di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto il socio risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni de-

rivanti dalla predetta causa che colpissero soci e, o familiari nel territorio della Repubblica italiana, dello stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino

- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni, e forze della natura in genere, con il limite catastrofale di 6.000.000,00 euro
- in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato, la corresponsione delle somme rispettivamente assicurate per il caso di morte anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (esempio: perdita di orientamento), il socio e, o il familiare si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti. L'estensione è subordinata alla circostanza che soci e, o familiari si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi
- gli infortuni subiti a seguito di rapina, tentata rapina, sequestro di persona che abbiano come conseguenza la morte o l'invalidità permanente totale. In tal caso viene corrisposta il doppio della somma assicurata per i casi di morte e invalidità permanente totale. Resta comunque convenuto che, indipendentemente dall'indennità assicurata, il maggior indennizzo da corrispondere non potrà in ogni caso superare l'importo di 50.000,00 euro.

La copertura è, inoltre, estesa al rischio volo, ossia agli infortuni subiti durante viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri durante voli turistici o di trasferimento. Sono esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri gestiti da società di lavoro aereo non in occasione di trasporto pubblico passeggeri o da aeroclub. Il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui il socio e, o il familiare assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui è disceso. Il cumulo delle somme assicurate con la presente garanzia rischio volo e con eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate a favore di soci e, o familiari non può superare i capitali di:

- 1.032.913,79 euro per persona
- 6.000.000,00 euro per aeromobile.

Tali limiti sono inoltre validi nel caso di sinistro che colpisca più soci e, o familiari assicurati a seguito di uno stesso evento accidentale. Gli importi andranno suddivisi in relazione al numero dei colpiti da sinistro ed in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

Limitatamente alla morte per infortunio la garanzia comprende:

• Rimpatrio salma

Se il decesso avviene all'estero verranno rimborsate le spese sostenute per il trasporto della salma in patria, con il limite del 10 per cento della somma assicurata e il massimo di 5.000,00 euro.

• Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo del socio e, o del familiare non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, verrà liquidato ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli articoli 60 e 62 del codice civile. Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità e il socio e, o il familiare ritorni o si abbiano di lui notizie certe, i beneficiari dovranno restituire le somme pagate e le relative spese, fermi restando gli eventuali altri diritti spettanti in relazione alle coperture previste nel presente comma.

• Commorienza

Se il medesimo infortunio provoca la morte del socio/iscritto e del suo coniuge non legalmente separato, e se i loro figli minorenni conviventi risultano beneficiari dell'assicurazione, la compagnia paga la somma convenuta per il caso di morte più un ulteriore capitale di 50.000,00 euro. La presente estensione non vale per il rischio volo.

Limitatamente all'invalidità permanente da infortunio la garanzia comprende:

• Malattie tropicali

Le malattie tropicali che soci e, o familiari dovessero contrarre durante la loro permanenza in tutti i paesi della fascia tropicale del globo, con l'intesa che, per malattie tropicali agli effetti della presente estensione, devono intendersi le seguenti:

amebiasi, bilharziosi, dermatifo, dissenteria batterica, febbre itteroemoglobinurica, meningite cerebro-spinale epidemica, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica perniciosa. L'estensione è subordinata alla circostanza che i soci e, o familiari si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi. Per

quanto riguarda la presente garanzia resta convenuto che non si farà luogo al risarcimento per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 20 per cento della totale; se invece l'invalidità permanente supera il 20 per cento della totale verrà corrisposto il risarcimento integrale, sempre in rapporto al grado di invalidità permanente residuo. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione, viene fissato in 1 anno dalla denuncia della malattia.

• Mancinismo

In caso di provato e constatato mancinismo, le percentuali di invalidità indicate e stabilite per l'arto destro si intendono riferite all'arto sinistro e viceversa.

• Epatite

La garanzia viene estesa al contagio da virus epatico di tipo B e C a causa di un evento accidentale ed esterno occorso al socio nello svolgimento dell'attività professionale per la quale è prestata l'assicurazione che abbia come conseguenza diretta ed esclusiva l'invalidità permanente e che sia insorto nel corso di validità del presente contratto.

Condizione necessaria per l'assicurabilità dell'epatite di tipo B è che il medico abbia effettuato la relativa vaccinazione prevista.

Ai fini della presente estensione resta inteso quanto segue:

- Nel caso in cui il socio ritenga di essere stato contagiato da virus epatico, deve darne notizia entro 5 giorni dal momento in cui si è verificato l'evento. È fatto altresì obbligo di inviare a Galeno, a mezzo raccomandata, una descrizione dettagliata dell'evento dannoso certificata dall'ente presso il quale si è verificato l'evento accidentale o per il quale il socio svolge la sua attività.

A tal fine viene stabilito che:

- Il socio deve sottoporsi ad un primo test per la ricerca dei virus dell'epatite presso un centro specializzato entro 10 giorni dall'evento, ottenendo la certificazione dell'esito
- qualora dal test risulti che il socio sia sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo, l'assicurazione nei suoi confronti cesserà immediatamente, verrà rimborsato il rateo del premio pagato per il periodo di copertura non goduto, ed il premio complessivo di polizza sarà diminuito dalla prima scadenza annua successiva alla data dell'accertamento
- se il primo test fornirà un risultato negativo, il socio, entro i 180 giorni succes-

sivi, dovrà sottoporsi ad un secondo test presso il medesimo centro.

Se il secondo test confermerà il risultato negativo del primo, Galeno comunicherà al socio che non si procederà ad alcun indennizzo a tale titolo.

Se invece da tale secondo test il socio risulti sieropositivo, lo stesso dovrà consegnare tempestivamente a Galeno la certificazione sia del primo test (negativo) che del secondo test effettuati dal medesimo, e se da questo risulterà che il socio abbia contratto un virus epatico, Galeno liquiderà un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in base ai criteri riportati alla successiva tabella 3.

Tutte le spese mediche relative al test epatico restano a carico del socio; tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini contrattuali anche dette spese verranno rimborsate da Galeno. Inoltre resta inteso che il socio dovrà:

- sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato
- sottoporsi ai test immunologici ed essere identificato, pena la decadenza della garanzia assicurativa
- sottoscrivere, al momento della denuncia del sinistro, l'apposita "informativa consenso" in ottemperanza al Decreto Legislativo n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

• HIV

La garanzia viene estesa al contagio da virus HIV a causa di un evento accidentale ed esterno occorso al socio nello svolgimento dell'attività professionale per la quale è prestata l'assicurazione che abbia come conseguenza diretta ed esclusiva l'invalidità permanente e che sia insorto nel corso di validità del presente contratto.

Ai fini della presente estensione resta inteso quanto segue:

- nel caso in cui il socio ritenga di essere stato contagiato dal virus HIV, deve darne notizia entro 5 giorni dal momento in cui si è verificato l'evento. È fatto altresì obbligo di inviare a Galeno, a mezzo raccomandata, una descrizione dettagliata dell'evento dannoso certificata dall'ente presso il quale si è verificato l'evento accidentale o per il quale il socio svolge la sua attività. **Per i medici che lavorano presso il loro ambulatorio si precisa che l'indenniz-**

zabilità dell'infortunio sarà valutata esclusivamente in presenza di denuncia effettuata dal contraente e corredata di certificazione rilasciata dal pronto soccorso del presidio ospedaliero più vicino al luogo dell'eventuale sinistro.

A tal fine viene stabilito che:

- il socio deve sottoporsi ad un primo test HIV presso un centro specializzato entro 10 giorni dall'evento, ottenendo la certificazione dell'esito
- qualora dal test risulti che il socio sia sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo, l'assicurazione nei suoi confronti cesserà immediatamente, verrà rimborsato il rateo del premio pagato per il periodo di copertura non goduto, ed il premio complessivo di polizza sarà diminuito dalla prima scadenza annua successiva alla data dell'accertamento
- se il primo test fornirà un risultato negativo, il socio, entro i 180 giorni successivi, dovrà sottoporsi ad un secondo test presso il medesimo centro.

Se il secondo test confermerà il risultato negativo del primo, Galeno comunicherà al socio che non si procederà ad alcun indennizzo a tale titolo.

Se invece da tale secondo test il socio risulti sieropositivo, lo stesso dovrà consegnare tempestivamente a Galeno la certificazione sia del primo test (negativo) che del secondo test effettuati dal medesimo, e se da questo risulterà che il socio abbia contratto un virus HIV, Galeno liquiderà un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in base ai criteri riportati alla successiva tabella 3. Tutte le spese mediche relative al test HIV restano a carico del socio; tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini contrattuali anche dette spese verranno rimborsate da Galeno.

Inoltre resta inteso che il socio dovrà:

- sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato
- sottoporsi ai test immunologici ed essere identificato, pena la decadenza della garanzia assicurativa

- sottoscrivere, al momento della denuncia del sinistro, l'apposita "informativa consenso" in ottemperanza al Decreto Legislativo n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

b. Che cosa non rimborsa il fondo.

La copertura non comprende gli infortuni derivanti da:

- guida ed uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto sopra stabilito per la garanzia rischio volo
- guida di veicoli o di natanti, se il socio e, o il familiare infortunato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore; si intende tuttavia compreso l'infortunio subito a bordo del veicolo, quando questo sia messo in movimento a motore spento su terreno in pendenza
- pratica di sport aerei, paracadutismo, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob
- partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o di natanti a motore, salvo si tratti di gare di regolarità pura
- abuso di alcolici e di psicofarmaci o uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni
- azioni delittuose del socio e, o del familiare assicurato
- guerra o insurrezione salvo ove diversamente previsto (confronta precedente punto a)
- trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono comunque esclusi gli infortuni e, o le conseguenze dirette e indirette di infortuni subiti in periodo antecedente l'iscrizione al fondo. Sono, inoltre, escluse le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortuni, gli infarti miocarditi, qualsiasi tipo di ernia, la rottura del tendine di Achille.

c. Inoperatività della garanzia infortuni

Le coperture nei casi di morte e d'invalidità permanente non sono valide per persone affette da infermità mentale, alcolismo e tossicodipendenze e comunque cessano con il loro manifestarsi. Perché la garanzia sia operante, nel caso

di morte conseguente ad infortunio, il decesso si deve verificare entro 2 anni dall'infortunio stesso, nel caso di invalidità permanente da infortunio entro 1 anno.

d. Determinazione dell' invalidità permanente da infortunio

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo le percentuali indicate nella tabella che segue.

Tabella 1 - Indennizzo su percentuale di invalidità permanente accertata

Inferiore o uguale al 3%	Nessun indennizzo
Superiore al 3% fino al 24%	Percentuale accertata applicata sulla somma assicurata detratto il 3% di franchigia
Superiore al 24% fino al 50%	Percentuale accertata applicata sulla somma assicurata maggiorata del 50%
Superiore al 50%	L'intera somma assicurata

Per la valutazione delle percentuali di invalidità si fa riferimento all'allegato 1 alla legge relativa agli infortuni sul lavoro del 30 giugno 1965 n. 1124 – Inail. Inoltre la garanzia prevede l'applicazione di un meccanismo di sopravvalutazione specifica per parti anatomiche. Le percentuali di determinazione dell'invalidità permanente sono parzialmente modificate come di seguito specificato (tabella 2). Le percentuali di invalidità permanente indicate nella tabella 2 sono alternative a quanto previsto dalla tabella 1.

Tabella 2 - Percentuale di invalidità permanente per perdita anatomica o funzionale di arto/organo

Perdita totale anatomica o funzionale di arto/organo	% di invalidità permanente
Un pollice	60

Un indice	60
Un medio	30
Un anulare	15
Un mignolo	15
Più dita e, o falangi della stessa mano	Max 80
Un orecchio	25
Perdita totale della voce	60

Per la perdita totale anatomica delle sole falangi la percentuale di indennizzo sarà pari alla metà delle percentuali riconosciute per ogni singolo dito. In caso di infortunio che comporti la minorazione funzionale di sole falangi o delle dita non si applica quanto previsto dalla presente condizione specifica. Resta inteso che per le perdite anatomiche o menomazioni funzionali di arti e organi qui non riportate si intendono operanti le percentuali di cui alla tabella 1, sopra riportata.

In caso di invalidità permanente derivante da epatite o HIV non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 25%; se invece risulterà superiore al 25%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente secondo le modalità previste dalla seguente tabella.

Tabella 3 - Indennizzo su percentuale di invalidità permanente accertata derivante da epatite o HIV

Grado % di invalidità permanente accertata	Indennizzo da liquidare
Inferiore al 25%	0
Dal 25% fino al 34%	15%
Oltre il 34% fino al 44%	30%
Oltre il 44% fino al 54%	45%
Oltre il 54% fino al 64%	60%
Oltre il 64% fino al 74%	70%

Superiore al 74%	100%
------------------	------

La valutazione definitiva del grado di invalidità permanente dovrà essere effettuata entro 18 mesi dalla data in cui viene diagnosticata la malattia derivante da epatite o HIV. L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, secondo quanto disposto dall'articolo 1915 del Codice Civile.

La somma in questione viene elargita dal fondo solo a seguito di liquidazione da parte di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Società Assicuratrice partner di Galeno.

In questo senso, la Cassa conserva gli imprescindibili ruoli:

- i) della ricezione la documentazione da parte del Socio;
- ii) della trasmissione di detta documentazione alla Compagnia Assicurativa predetta.

L'istruttoria concernente il sinistro viene però interamente svolta da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., la quale verificherà - senza che Galeno possa in alcun modo intervenire - la sussistenza delle condizioni (sopra meglio descritte) per la corresponsione dell'indennizzo in esame.

Articolo 6. Invalidità permanente da malattia

a. Che cosa rimborsa il fondo

Il fondo eroga una somma assicurata in caso di perdita definitiva e irrimediabile, totale o parziale, della capacità del socio e, o del familiare assicurato di svolgere la propria specifica attività lavorativa a seguito di una malattia. La somma in questione viene elargita dal fondo solo a seguito di liquidazione da parte della Società UnipolSai S.p.A. Società Assicuratrice partner di GalenoAssicurazioni S.p.A., Società Assicuratrice partner di Galeno. In questo senso, l'istruttoria concernente il sinistro viene interamente svolta da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., la quale verificherà - senza che Galeno possa in alcun modo intervenire - la sussistenza delle condizioni (meglio descritte in seguito) per la corresponsione dell'indennizzo per l'invalidità permanente da malattia. Tale somma sarà liquidata interamente, se la percentuale d'invalidità accertata è superiore al 50 per cento, a condizione che la malattia generante

l'invalidità sia insorta in corso di appartenenza al fondo, sia avvenuta la guarigione clinica della malattia e che l'invalidità occorra entro 2 anni dal giorno in cui la malattia stessa è stata denunciata. Nel caso di invalidità permanente preesistente l'indennizzo è liquidato per le sole conseguenze dirette ed esclusive cagionate dalla malattia denunciata, come se essa avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti. Qualora il grado di invalidità permanente concordato tra le parti sia inferiore o uguale al 50 per cento, non si darà luogo ad indennizzo. Nel caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un arto o di un organo già minorato, le percentuali di invalidità permanente accertate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di malattia terminale, intesa come malattia che preveda una prognosi di esito infausto senza ragionevoli speranze di guarigione o stabilizzazione clinica, verrà riconosciuto al socio una somma una tantum pari al 50% del capitale assicurato con il massimo di Euro 100.00,00.

Il diritto a tale indennizzo è di carattere personale e non è quindi trasmissibile agli eredi. Tuttavia se il socio muore dopo che sia stata certificata, anche dal medico fiduciario della Compagnia di assicurazione che presta la garanzia, la natura terminale della malattia, l'importo dovuto è erogato agli eredi. La Compagnia di assicurazione che presta la garanzia si impegna a far visitare il socio da un proprio medico entro 30 giorni dal ricevimento della relazione medica di parte attestante la natura terminale della malattia.

In caso di inadempienza varranno le sole conclusioni della relazione medica di parte con eventuale pagamento dell'indennizzo al socio sulla base delle stesse. Contestualmente al pagamento dell'indennità la garanzia decade per colui che ha beneficiato dell'indennizzo.

La somma assicurata potrà essere liquidata una sola volta per tutto il periodo di appartenenza al fondo. Resta inteso che il pagamento del contributo è dovuto per l'intera annualità nella quale è avvenuta la liquidazione. Decorso tale periodo la quota relativa verrà destinata alla forma previdenziale prescelta.

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e non è trasferibile agli eredi. Tuttavia, se il socio muore prima che la compagnia possa aver effettuato la propria visita medica, l'indennizzo viene calcolato in base alla perizia medica di parte prodotta dal socio e, o dal familiare assicurato e liquidato, ove dovuto,

agli eredi, secondo le norme della successione legittima e, o testamentaria.

b. Che cosa non rimborsa il fondo

Sono escluse le invalidità permanenti conseguenti a:

- malattie pregresse, croniche e recidivanti, le patologie ad esse collegate conosciute e, o in atto al momento dell'iscrizione al fondo e, o dell'eventuale integrazione o comunque insorte precedentemente
- abuso di alcolici o di psicofarmaci o all'uso, a scopo non terapeutico, di stupefacenti ed allucinogeni
- guerre ed insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche
- trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti
- sieropositività Hiv
- intervento chirurgico
- prestazioni fornite da medici o infermieri non abilitati o comunque da chiunque eserciti professioni sanitarie senza specifica abilitazione
- malattie psicotiche di natura organica, le psicosi e, comunque, ogni disturbo mentale, nevrosi o disagio esistenziale, come da classificazione del Dsm. IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali).

Sono altresì escluse le invalidità permanenti preesistenti alla data di decorrenza della garanzia e anche quelle conseguenti a infortunio verificatosi prima o durante il periodo di appartenenza al fondo.

c. Determinazione dell'invalidità permanente da malattia

L'indennizzo per invalidità permanente da malattia è calcolato in proporzione al grado di invalidità accertato secondo le percentuali indicate nella tabella che segue.

Inferiore o uguale al 50%	Nessun indennizzo
Superiore al 50%	L'intera somma assicurata

Per la valutazione delle percentuali di invalidità si fa riferimento all'allegato 1

alla legge relativa agli infortuni sul lavoro del 30 giugno 1965 n. 1124 - Inail. Nei casi di invalidità permanente non previsti dal suddetto allegato, la valutazione è concordata tra il medico del socio e, o del familiare assicurato ed il consulente medico della compagnia.

Articolo 7. Le integrazioni delle coperture

a. Morte ogni causa

Il capitale massimo assicurabile è di 520.000,00 euro. È consentita l'estensione della copertura ai familiari del socio con età compresa tra i 18 e i 70 anni. Per capitali assicurati da 85.000,00 euro e fino a 103.000,00 euro occorrono le dichiarazioni aggiuntive riportate sulla scheda di adesione individuale all'assicurazione collettiva vita, con riserva di richiesta di ulteriori documenti e, o accertamenti sanitari. Per capitali superiori a 103.000,00 euro, saranno necessari una visita medica ed ulteriore documentazione e, o accertamenti, che variano in funzione dei capitali stessi e i cui costi saranno a carico del socio. L'eventuale ulteriore documentazione verrà richiesta all'interessato dal servizio assistenza soci al momento della ricezione della richiesta d'iscrizione o della richiesta di aumento dei capitali.

b. Morte ed invalidità permanente da infortunio

Il capitale massimo assicurabile è di 520.000,00 euro. I familiari, anche minorenni, possono aderire a questa garanzia. È possibile chiedere, tramite una comunicazione scritta da inviare al servizio assistenza soci del fondo, l'estensione delle coperture da infortunio anche fino all'ottantesimo anno di età. Si precisa che per i soci e i coniugi il capitale assicurato per il caso di invalidità permanente non potrà essere superiore a quello assicurato per il caso di morte (esempio invalidità permanente da infortunio 100.000,00 euro, morte da infortunio non inferiore a 100.000,00 euro). Diversamente, i figli appartenenti al nucleo, anche minorenni, possono attivare la garanzia invalidità permanente da infortunio con una somma assicurata non correlata al capitale per il caso morte (esempio invalidità permanente da infortunio 100.000 euro, nessun capitale sottoscritto per il caso morte da infortunio). È possibile inserire nella copertura per l'invalidità permanente da infortunio la garanzia integrativa della diaria gesso. La diaria gesso può essere richiesta

da ciascun socio aumentando il contributo mensile di un importo pari a 6,00 euro mensili. È inoltre possibile richiedere l'estensione di tale copertura per i familiari del proprio nucleo con il medesimo costo integrativo pro capite.

I coniugi potranno attivare la garanzia diaria gesso se avranno già sottoscritto i seguenti capitali minimi:

- 60.000 euro per invalidità permanente da infortunio
- 60.000 euro per morte da infortunio.

I figli nel nucleo, anche se minorenni, per l'attivazione della garanzia diaria gesso, dovranno aver sottoscritto il seguente capitale minimo:

- 60.000 euro per invalidità permanente da infortunio.

Nel caso di applicazione di gessatura a seguito di infortunio ad uno o più arti, sarà corrisposta un'indennità giornaliera di 52,00 euro dal giorno d'applicazione a quello della sua rimozione, sino ad un periodo massimo di 60 giorni. In caso di più infortuni vengono riconosciuti non più di 100 giorni nell'arco di un anno dal primo accadimento.

c. Invalidità permanente da malattia

Il capitale massimo assicurabile, in aggiunta al capitale automatico per ciascun socio (v. articolo 2), è pari a 125.000,00 euro. Per i capitali integrativi e per la fascia di età compresa tra i 65 ed i 70 anni, la somma assicurabile massima comprensiva del capitale automatico è di 10.000,00 euro.

È possibile per i familiari richiedere l'applicazione di tale copertura alle medesime condizioni previste per i soci. L'ingresso in copertura avviene previa valutazione del questionario sanitario nonché di elettrocardiogramma e specifiche analisi del sangue.

Articolo 8. Richiesta di prestazioni al fondo

a. Richiesta di corresponsione della somma assicurata per il caso di morte ogni causa e di morte da infortunio

I beneficiari devono trasmettere al servizio assistenza soci:

- I.** loro documento d'identità e codice fiscale
- II.** relazione sanitaria redatta dall'ultimo medico curante sul modello per la relazione sanitaria - scaricabile sul sito Galeno, nella sezione Sinistri - e di-

chiarazione del medesimo rilasciata sul proprio ricettario, attestante la compilazione del predetto modello

III. certificato di stato di famiglia

IV. copia integrale della cartella clinica, completa, se esistente, di anamnesi patologica remota

V. originale dell'atto di notorietà reso innanzi a un notaio o altro organo deputato a riceverlo (un cancelliere di un ufficio giudiziario o un segretario comunale), dal quale risulti se è stato redatto o meno testamento se quest'ultimo, di cui deve essere rimesso l'atto notarile di pubblicazione, è l'unico o l'ultimo conosciuto, valido e non impugnato.

In mancanza di testamento, se sul contratto risultano indicati, quali beneficiari, gli eredi legittimi dell'assicurato, l'atto notorio dovrà riportare l'elenco di tutti gli eredi legittimi dell'assicurato, con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, del loro rapporto di parentela, della capacità di agire di ciascuno di essi, nonché dell'eventuale stato di gravidanza della vedova. Nel caso che siano designati beneficiari diversi dagli eredi legittimi, l'atto notorio dovrà indicare dati anagrafici dei soggetti aventi diritto in qualità di beneficiari. Non è consentita la presentazione della dichiarazione sostitutiva di notorietà (di cui all'articolo 47 del D.P.R. 445/2000) che ha validità unicamente tra privato e organi della pubblica amministrazione.

Tutta la documentazione deve essere inviata in formato digitale (pdf) all'indirizzo di posta elettronica gestionesainistri@pec.cassagaleno.it o a mezzo raccomandata.

b. Richiesta di corresponsione della somma assicurata in caso di invalidità permanente da infortunio

Entro 15 giorni dall'evento, il socio deve trasmettere al servizio assistenza soci:

I. modello di richiesta di denuncia infortuni, scaricabile sul sito Galeno, nella sezione Sinistri

II. ulteriore documentazione da allegare al modello, variabile a seconda della prestazione per cui si richiede il rimborso.

i. Per infortuni non stradali si richiede copia del referto del pronto soccorso o del certificato di prima diagnosi prodotto da un medico.

ii. Per infortuni a seguito d'incidente stradale si richiede copia del referto del

pronto soccorso o del certificato di prima diagnosi prodotto da un medico e copia della patente di guida (se l'infortunato è il conducente).

Per la richiesta d'invalidità permanente da infortunio, ad avvenuta guarigione e quindi a stabilizzazione dei postumi e non prima di 180 giorni dall'infortunio, il socio deve trasmettere al servizio assistenza soci:

I. referti, lastre e immagini di tutti gli accertamenti diagnostici, strumentali e radiografici eventualmente eseguiti

II. certificato medico di avvenuta guarigione clinica

III. relazione del medico legale dell'infortunio.

La compagnia di assicurazione partner di Cassa Galeno, se non concordante con il referto del medico presso cui si è rivolto il socio sul grado d'invalidità permanente residuo, può richiedere al socio di sottoporsi ad una visita presso un medico di fiducia della compagnia stessa e solo successivamente proporre al socio un indennizzo.

Tutta la documentazione deve essere inviata in formato digitale (pdf) all'indirizzo di posta elettronica gestionesainistri@pec.cassagaleno.it oppure in copia a mezzo raccomandata.

c. Richiesta di corresponsione della diaria gesso

Il socio deve trasmettere al servizio assistenza soci:

I. modello di richiesta di denuncia infortuni, scaricabile sul sito Galeno, nella sezione Sinistri

II. copia del certificato attestante l'applicazione del gesso

III. referto di pronto soccorso o certificato di prima diagnosi.

Ad avvenuta guarigione, dovrà trasmettere:

I. certificato di rimozione del mezzo di contenimento applicato.

Al fine del computo dei giorni per la diaria gesso è stabilito che viene considerato primo giorno quello di applicazione se il gesso è posto entro le ore 12:00, e ultimo giorno quello di rimozione se il gesso viene tolto dopo le ore 12:00

Tutta la documentazione deve essere inviata in formato digitale (pdf) all'indirizzo di posta elettronica gestionesainistri@pec.cassagaleno.it oppure in copia a mezzo raccomandata.

d. Richiesta di corresponsione della somma assicurata in caso di invalidità permanente da malattia

Il socio deve denunciare la malattia entro 30 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa comportare un'invalidità superiore al 50 per cento.

Il socio deve trasmettere al servizio assistenza soci:

- I.** modello di richiesta di denuncia lpm, scaricabile sul sito Galeno, nella sezione Sinistri
- II.** certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia
- III.** tutta la documentazione sanitaria (cartella clinica, ecc.) atta a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti
- IV.** certificato attestante la stabilizzazione della malattia rilasciato dal medico curante.

Trascorsi 180 giorni dalla stabilizzazione della malattia, il socio trasmetterà al servizio assistenza soci:

- I.** certificato medico con l'indicazione del grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia (relazione medico legale di parte)
- II.** eventuale domanda alla Asl competente per attestazione grado di invalidità civile ed eventuale relativo riconoscimento.

Se il socio e, o il familiare assicurato dolosamente non adempie agli obblighi previsti dal presente articolo perde il diritto all'indennizzo. Se l'inadempimento è colposo l'indennizzo può essere ridotto in ragione del pregiudizio sofferto dalla compagnia di assicurazione. Il servizio assistenza soci trasmetterà alla compagnia di assicurazione tutta la documentazione ricevuta, in modo che la compagnia stessa, sulla base della documentazione acquisita (o di quella ulteriore eventualmente richiesta) e della visita del medico fiduciario, possa effettuare la propria valutazione sul grado di invalidità permanente residua. Il servizio assistenza soci comunicherà al socio gli esiti della valutazione.

Regolamento PARACADUTE



Articolo 1. Oggetto del regolamento

Il presente regolamento disciplina il funzionamento della copertura assicurativa oltre specificata, denominata “Paracadute” di Galeno società mutua cooperativa - Fondo sanitario integrativo”, in seguito più brevemente denominata “fondo” o “Galeno”. Tale copertura, relativa al rischio della responsabilità civile del medico, è garantita attraverso l’adesione ad apposito contratto di assicurazione collettivo, in ossequio a quanto previsto dal vigente Statuto (art. 3) per l’erogazione di ulteriori prestazioni rispetto a quelle prestate dalle Gestioni “fondo” e “previdenza” in favore dei soci. La copertura è così articolata:

- a. responsabilità civile verso terzi
- b. responsabilità civile verso i dipendenti

Sono assicurati dalla copertura prevista dal Paracadute di Galeno tutti i soci, con esclusione dei soci dichiarati inabili al lavoro e, o cancellati dall’albo dei medici chirurghi o dall’albo degli odontoiatri presso l’ordine provinciale di riferimento.

Ai fini della esclusione dalla copertura, il socio è tenuto a comunicare alla cassa la sua inabilità o la cancellazione dall’albo entro il 31 Ottobre dell’anno precedente all’annualità assicurativa che decorre dal 1° Gennaio.

a. responsabilità civile verso terzi

Il socio è tenuto indenne per ogni somma che sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a cagione di fatto colposo (lieve o grave), di errore o di omissione, commessi nell’esercizio dell’attività professionale di medico e nella conduzione del relativo studio o ambulatorio.

Gli Assicuratori rispondono:

1. dei danni e delle perdite patrimoniali, causati a terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell’attività professionale di medico;
2. dei danni causati a terzi in relazione alla proprietà e/o alla conduzione dello studio o dell’ambulatorio, ossia dei locali adibiti all’attività professionale esercitata in proprio o in regime di extramoenia e delle relative attrezzature e altri beni mobili ivi esistenti; sono compresi in tali danni quelli derivanti ai terzi da danneggiamenti a cose che provochino l’interruzione o sospensione

totale o parziale o il mancato o ritardato avvio di loro attività produttive o loro attività di servizi;

3. delle azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 n° 222.

b. responsabilità civile verso i dipendenti

Il socio è tenuto indenne per quanto sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge per infortuni sofferti, in occasione di lavoro o di servizio, dai propri dipendenti che prestano la loro opera nella conduzione dello studio o ambulatorio del socio. Gli Assicuratori rispondono delle somme che il socio sia legalmente tenuto a pagare:

a) agli Istituti assicurativi di legge (INAIL, INPS o altri) che agiscano contro il socio a titolo di regresso;

b) all'infortunato o ai suoi aventi causa, a titolo di danno o di maggior danno, nei casi di invalidità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle che figurano negli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 N° 1124. L'assicurazione prevista in questo paragrafo è efficace a condizione che, al momento del fatto dannoso, il socio sia in regola con gli obblighi di legge per l'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. Sono in ogni caso escluse le malattie professionali.

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al massimale stabilito oltre (v. limite di indennizzo, art. 2) ma entro il limite del 25% del massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere il socio in caso di sinistro. Gli Assicuratori assumono fino a quando ne hanno interesse la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome del socio, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti al socio stesso.

Se il sinistro comporta imputazioni penali per fatto doloso, sono a carico degli Assicuratori le spese sostenute per la difesa del socio, purché questi venga prosciolto o assolto in fase istruttoria o con sentenza passata in giudicato per non aver commesso il fatto o perché il fatto non sussiste o non costituisce reato, escludendo quindi i casi di assoluzione con altre formule e i casi di estinzione, per qualunque causa, del reato.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dal socio per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate al socio.

Articolo 2. Limiti di indennizzo, importi a carico del socio, forma dell'assicurazione, limiti territoriali e premio annuo

Il limite di indennizzo (massimale) per persona, per sinistro e per anno assicurativo è di 1.000.000 di euro.

Per ogni sinistro è fissato un importo a carico del socio, variabile in funzione del regime di attività del socio:

1. nessun importo a carico per i soci che prestano la loro attività nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta convenzionati con il SSN, per l'esercizio dell'attività degli stessi in libera professione, remunerata direttamente dai pazienti e rivolta esclusivamente ai propri assistiti e/o agli assistiti dei medici eventualmente operanti nella medesima forma associativa; e per i medici in pensione che, pur non esercitando la libera professione, vengono chiamati a rilasciare prescrizioni o pareri medici pro bono, con un massimale di 500.000 euro.

2. 1.000.000 di euro per i soci che lavorino come liberi professionisti e/o all'interno del Servizio sanitario privato. In questo caso la copertura è prestata oltre il primo 1.000.000 di euro e fino a 2.000.000 di euro.

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro il socio durante il periodo di assicurazione in corso e da lui denunciate agli assicuratori attraverso il servizio assistenza soci della cassa durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. La data di retroattività convenuta corrisponde al giorno e al mese d'inizio del primo periodo di assicurazione, retrodatati di 10 (dieci) anni.

Terminato il periodo di assicurazione, cessa ogni obbligo degli assicuratori e, trascorsi 10 giorni dalla fine di tale periodo, nessun sinistro potrà esser loro denunciato.

L'assicurazione vale per i sinistri originati da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada, le Isole Vergini e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei terzi danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per sinistri derivanti da richieste di risarcimento fatte valere in paesi diversi dall'Italia, salvo nei casi di deliberazione secondo la legge italiana di sentenze di paesi diversi dall'Italia. Il premio concordato con l'assicuratore per la copertura della responsabilità civile professionale dei soci è dovuto per l'intera annualità. Esso è frazionato mensilmente ed è pagato attraverso il contributo associativo. Il premio è il corrispettivo per una copertura che continua ad avere i suoi effetti a prescindere dal prosieguo del rapporto associativo. Se il rapporto cessa per decesso del socio, gli eredi - che continuano a beneficiare della copertura - sono tenuti al pagamento del premio residuo, pari a tante mensilità di premio (20 euro ciascuna) quante ne mancano alla mensilità di Dicembre compresa. In caso di interruzione del rapporto associativo per uscita anticipata del socio a causa di suo trasferimento all'estero, previa delibera del Consiglio di Amministrazione, il socio è tenuto, nelle stesse modalità, alla corresponsione del premio residuo.

Articolo 3. Decorrenza della garanzia

La decorrenza della garanzia è fissata alle ore 00:00 del 1° Gennaio di ogni anno.

Articolo 4. Precisazioni sui rischi coperti. Esclusioni.

L'assicurazione è riferita alle attività professionali praticate dal socio, le quali possono comprendere taluna o entrambe le voci che seguono, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

- L'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale

esercitata in qualità di libero professionista indipendente, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici, oppure di Medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale extramoenia, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa.

- L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate al socio nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture ospedaliere pubbliche o private, di cliniche (siano esse convenzionate o non convenzionate con il servizio sanitario nazionale o locale) o di qualsiasi altro istituto debitamente autorizzato a prestare servizi sanitari o di supporto agli stessi. E' compresa altresì l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

L'assicurazione è intesa anche a tenere indenne il socio nel caso in cui la struttura, la clinica o l'istituto a cui presta la propria opera, o il suo Assicuratore, si rivalga contro di lui ritenendolo personalmente responsabile di danni arrecati a terzi, oppure nel caso in cui di tali danni egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato

- L'assicurazione comprende in ogni caso:

I. la responsabilità civile derivante al socio da azione od omissione dolosa o colposa commessa da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nella qualità di esercente l'attività professionale;

II. i danni conseguenti all'attività accessoria di medico legale;

III. i danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici;

IV. le perdite patrimoniali conseguenti a errato trattamento - raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione - dei dati personali di terzi (D.L. N° 196 del 30 giugno 2003, del Regolamento Europeo (EU) 2016/679 e s.m.i.). La copertura di tali perdite è prestata per un massimale di euro 100.000 (euro centomila) per ogni sinistro, fermo il limite di indennizzo stabilito per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione;

V. la responsabilità civile facente capo al socio per effetto della posizione, degli incarichi o delle mansioni a lui attribuite ai sensi del D. Lgs. N° 81/2008 e successive modificazioni e integrazioni;

VI. la responsabilità civile derivante al socio nella qualità di libero docente nonché di titolare di cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere;

VII. la responsabilità civile derivante al socio ai sensi dell'Art. 2049 del Codice Civile, per danni cagionati a terzi da suoi dipendenti o addetti quando si trovino alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purché i medesimi non siano di proprietà o in usufrutto del socio o a lui intestati nel P.R.A. o analogo registro, oppure a lui locati. Sono compresi nell'assicurazione i danni per morte e lesioni personali alle persone trasportate purché il fatto dannoso si verifichi entro i confini della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano o della Repubblica di San Marino;

VIII. i danni conseguenti all'attività accessoria di medicina alternativa.

Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "claims made", sono esclusi:

- i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione in corso, salvo la tolleranza di 10 giorni di cui all'articolo 18 che segue;
- le richieste di risarcimento che fossero già note al socio prima della data di inizio del periodo di assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita.

Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento:

I. attribuibili ad azioni od omissioni commesse dal socio con dolo;

II. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;

III. in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che il socio abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;

IV. in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali di cui sopra;

- V.** per danni che siano imputabili ad assenza, insufficienza o inidoneità del consenso informato;
- VI.** per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dal socio;
- VII.** basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dal socio;
- VIII.** derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- IX.** derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e simili);
- X.** relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico del socio, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- XI.** relative a danni alle cose mobili e immobili che il socio abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se il socio è medico veterinario;
- XII.** relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- XIII.** riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale del socio;
- XIV.** conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- XV.** che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo i danni conseguenti all'impiego di apparecchiature sanitarie nell'ambito della medicina nucleare per scopi diagnostici e, limitatamente ai medici radiologi e ai medici specialisti in medicina nucleare, per scopi terapeutici compreso l'uso di sostanze radioattive;
- XVI.** che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe

tossiche da parte del socio o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dal socio;

XVII. derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra medico e paziente e/o committente (la presente esclusione non si applica alla specializzazione in Medicina legale e/o Medicina del lavoro);

XVIII. che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale di medico, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di direttore sanitario, dirigente di II livello o di primario, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere medico.

Articolo 5. Protezione di eredi e tutori

In caso di decesso del socio durante il periodo di assicurazione la copertura assicurativa viene automaticamente garantita ai suoi eredi per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei loro confronti purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi dal socio durante il periodo di efficacia incluso il periodo di retroattività.

Articolo 6. Responsabilità solidale

In caso di responsabilità solidale del socio con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono soltanto per la quota di pertinenza del socio stesso.

Articolo 7. Coesistenza di altre assicurazioni

Gli Assicuratori rispondono in eccesso agli importi a carico del socio sopra indicati anche in compresenza di ulteriori coperture assicurative e garanzie del socio. L'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di sinistro. Il socio è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Articolo 8. Obblighi in caso di sinistro. Surrogazione

Il socio deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 7 (sette) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia va fatta agli Assicuratori attraverso il servizio assistenza soci della cassa compilando il modulo “Denuncia sinistro su copertura rc professionale” presente sul sito www.cassagaleno.it nella sezione Sinistri.

Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti. L'omessa denuncia di un sinistro entro i 7 (sette) giorni successivi alla data di cessazione del periodo di assicurazione rende la richiesta di risarcimento non ricevibile.

Negli stessi termini e con le stesse modalità, il socio è tenuto a denunciare ogni fatto o circostanza da cui possano derivare danni risarcibili. Tale notifica, se debitamente accompagnata dalle precisazioni necessarie e opportune, sarà a tutti gli effetti trattata come sinistro verificatosi e regolarmente denunciato durante il periodo di assicurazione.

Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, il socio non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Tutta la documentazione deve essere inviata in formato digitale (pdf) all'indirizzo di posta elettronica rc@pec.cassagaleno.it o a mezzo raccomandata. Gli Assicuratori sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che il socio può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine il socio è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti. Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro del socio che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 9. Atti invasivi

In caso di responsabilità di natura contrattuale dei soci che esercitano attività di ginecologo e ostetrico nei confronti dei pazienti, sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti da "interventi invasivi", intendendosi per tali:

1. la penetrazione chirurgica in tessuti, cavità o organi, compreso l'uso di bisturi, retrattori e ogni tipo di sonde diagnostiche (a titolo esemplificativo e non limitativo procedure di: colonscopia, endoscopia, laparoscopia, etc.);
2. la sutura di ferite traumatiche maggiori;
3. l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
4. il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti;
5. l'iniezione di sostanze per finalità estetiche;
6. l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee;
7. diagnosi e scansioni prima della nascita;

Resta inteso che lo svolgimento di autopsie non configura "Intervento Invasivo" ed è pertanto incluso in garanzia. In caso di responsabilità di natura extracontrattuale dei soci verso i pazienti le esclusioni per atti invasivi qui sopra disciplinate non sono operanti.

Articolo 10. Certificato di assicurazione

In occasione del primo periodo di assicurazione (di 365 giorni) e dei successivi, il servizio assistenza soci consegna il certificato di assicurazione (prova del contratto di assicurazione) con indicazione di validità stabilita fino al 31 Dicembre del periodo di assicurazione in corso. Il certificato è consegnato in modalità telematica ed in formato stampabile attraverso la pubblicazione nella area riservata di ciascun socio sul sito della cassa.

Per i soci entranti nel corso dell'anno il certificato sarà disponibile con indicazione del periodo di validità della assicurazione pari alla data di entrata in cassa e il medesimo termine del 31 Dicembre del periodo di assicurazione in corso.

Articolo 11. Fiscalità

Il costo sostenuto per la garanzia di responsabilità civile del medico è soggetto al circuito fiscale previsto dalla legge.

Articolo 12. Definizioni

Danno/danni: Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali).

Ferite traumatiche maggiori: Ogni ferita che non rientra nella definizione di Ferite Traumatiche minori.

Ferite traumatiche minori: Qualsiasi asportazione, incisione, drenaggio e raschiamento della pelle, lesioni sottocutanee con diametro inferiore a 5 centimetri, sbrigliamento di ascessi, foruncoli o fistole, che possono essere condotte in anestesia locale

Perdite patrimoniali: Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.

Periodo di assicurazione: Il periodo le cui date di inizio e termine coincidono con il 1° giorno di Gennaio e il 31 Dicembre, fermo il disposto dell'Art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.

Richiesta di risarcimento dell'assicurato: Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza:

1. la comunicazione con la quale il terzo manifesta al socio l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti al socio stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite;
2. la citazione o la chiamata in causa del socio per fatto colposo o errore od omissione;
3. l'inchiesta giudiziaria promossa contro il socio in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.

Sinistro: La richiesta di risarcimento sopra definita, di cui il socio venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

Regolamento TANDEM



Articolo 1. Oggetto del regolamento

Il presente regolamento disciplina il funzionamento della assistenza legale di Galeno, prestato da un legale a disposizione dei Soci.

L'assistenza legale di Galeno Società mutua cooperativa - Fondo sanitario integrativo, in seguito più brevemente denominata "fondo" "Galeno", "Cassa", è denominata "Tandem".

Articolo 2. Assistenza legale

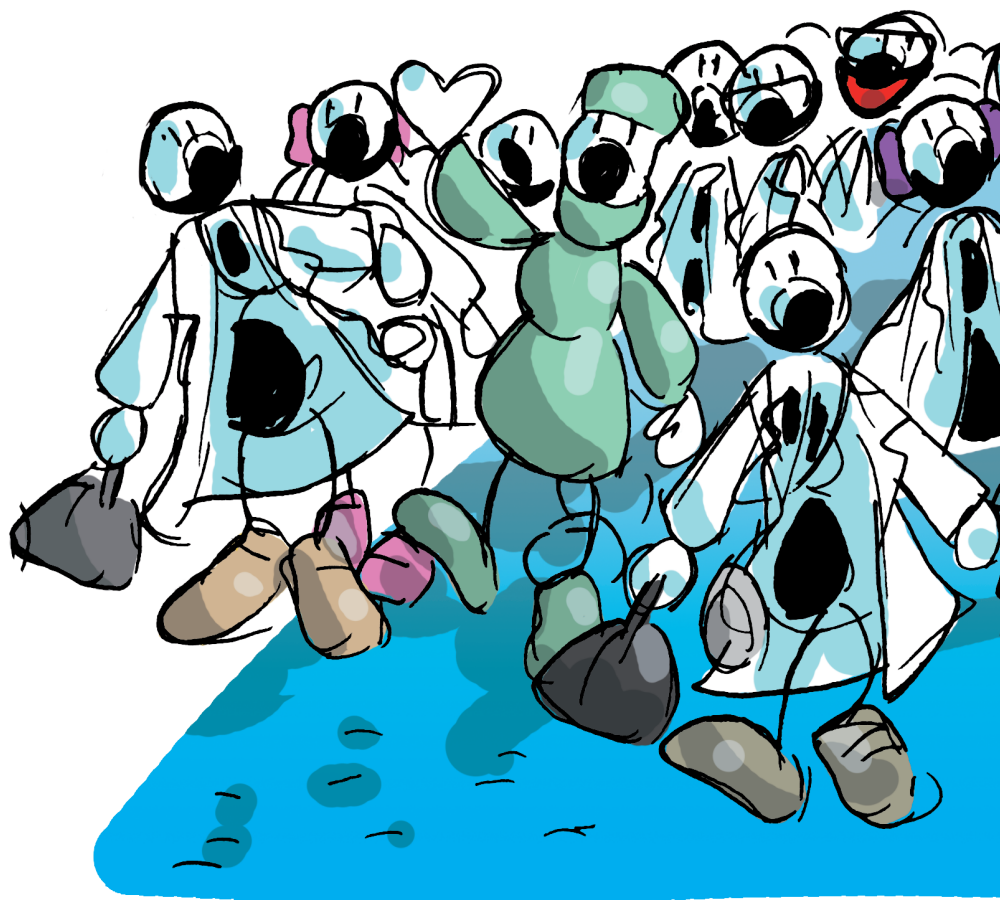
Il servizio è offerto grazie alla partnership con un legale specializzato nell'ambito del diritto sanitario, del diritto amministrativo, del diritto del lavoro. Attraverso il servizio di assistenza legale per medici Tandem i soci di Cassa Galeno possono accedere a prestazioni di natura stragiudiziale e di "pronto soccorso legale" in favore dei professionisti medici soci di Galeno, da espletarsi con le seguenti modalità: i) supporto telefonico; ii) apertura sportello presso sede Galeno; iii) supporto telematico attivo 24h/24h per tutto l'anno mediante indirizzo e-mail dedicato.

Le prestazioni rese con il servizio: i) concernono il solo ambito professionale del socio Galeno, con l'esclusione di ulteriori casi concernenti la propria sfera individuale; ii) ineriscono i campi del diritto civile, del diritto sanitario, del diritto amministrativo, del diritto del lavoro.

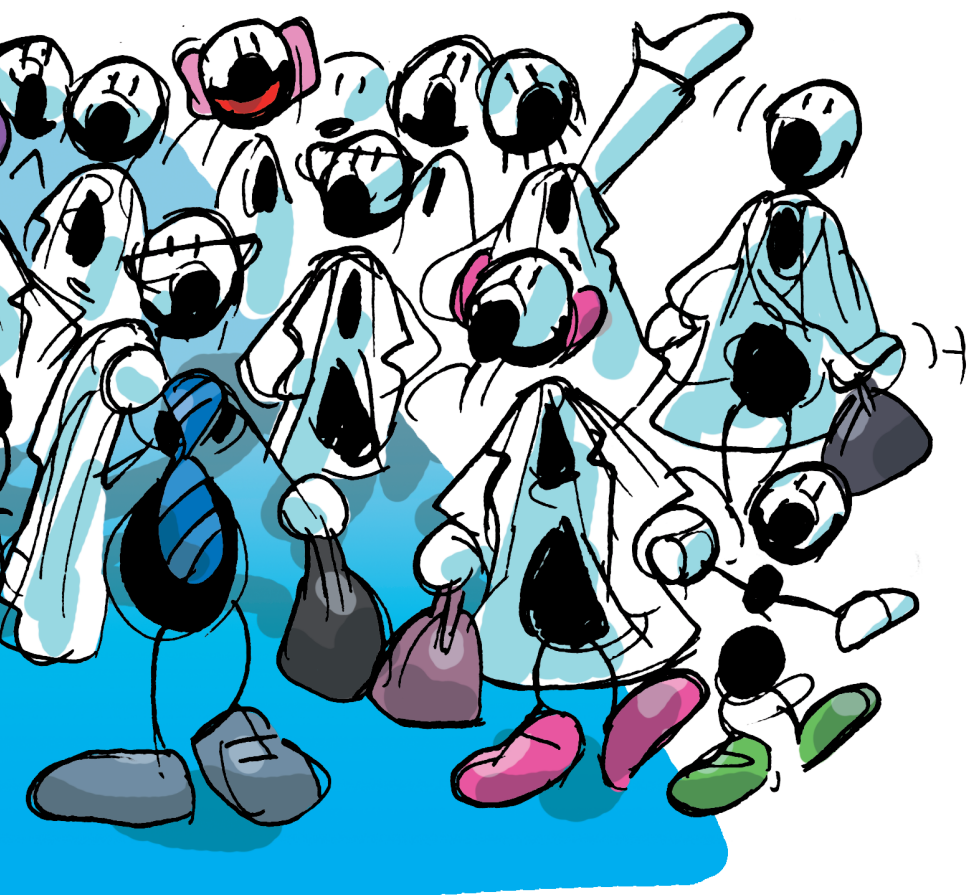
Assistenza giudiziale medici

I medici soci di Cassa Galeno potranno inoltre fruire dell'assistenza giudiziale (contenziosi dinanzi il Giudice Ordinario ed Amministrativo, nell'ambito di liti promosse o subite) fornita dal professionista individuato dalla Cassa, con una riduzione del 40% sull'applicazione del valore-parametro (c.d. medio tariffario) previsto dal Decreto del Ministro della Giustizia n.55/2014.

La forza contrattiva
di più di 17.000 ade



ale
renti



**Galeno Cassa Mutua Cooperativa
Fondo Sanitario Integrativo**

Cassa Galeno

via Piemonte 39, 00187 Roma
tel. 800 999 383 - fax 06 442 487 05
info@cassagaleno.it - www.cassagaleno.it