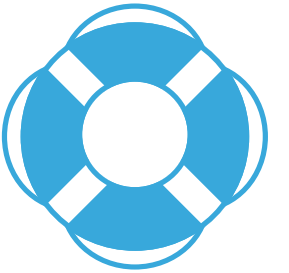
GALENO

Regolamento
Family 2025

Valido dal
15 marzo 2025

Valido dal 15 marzo 2025

GALENO FAMILY REGOLAMENTO 2025



Norme generali

L'etica di Galeno pag. 9

Premessa pag. 9

Art. 1 - Requisiti e modalità di iscrizione pag. 10

Art. 2 - Iscrizione, ampliamento, decorrenza ed efficacia delle prestazioni pag. 12

Art. 3 - I contributi pag. 13

Art. 4. - Le variazioni pag. 13

Art. 5 - Il piano Cent'anni pag. 15

Art. 6 - Assistenza ai soci pag. 16

Art. 7 - Modifica delle modalità e limiti di assistenza pag. 17

Art. 8 - Controversie pag. 17

Art. 9 - Ricevute e dichiarazioni fiscali pag. 18

Art. 10 - Richiesta di prestazioni alla cassa e liquidazione dei danni pag. 18

Art. 11 - Privacy. Tutela degli aderenti rispetto al trattamento dei dati personali pag. 19

Art. 12 - Organi istituzionali e operativi pag. 20

Tabella dei contributi mensili pag. 22

Ombrello

Art. 1 – Oggetto del Regolamento pag. 29

Art. 2 – L'assistenza sanitaria pag. 30

Art. 3 – Ltc - Long term care pag. 51

Art. 4 – Le integrazioni delle coperture per gli aderenti e le adesioni alle coperture dei familiari pag. 55

Art. 5 – Dichiarazioni fiscali delle compagnie di assicurazione e rendicontazione sul contributo annuo versato pag. 57

Art. 6 – Richiesta di prestazioni a Galeno pag. 57

Elenco dei grandi interventi chirurgici. pag. 60

Salvadanaio - Previdenza

Art. 1 – Oggetto del Regolamento pag. 67

Art. 2 – Previdenza integrativa pag. 67

Art. 3 – Previdenza complementare pag. 69

Art. 4 – Integrazioni pag. 69

Salvagente

Art. 1 – Oggetto del Regolamento pag. 73

Art. 2 – Limiti temporali, territoriali e capitali assicurati pag. 73

Art. 3 – Definizioni pag. 74

Art. 4 – Morte ogni causa pag. 74

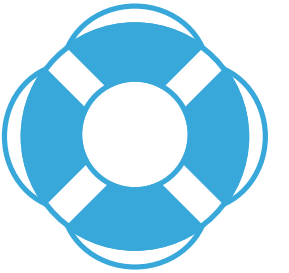
Art. 5 – Morte e invalidità permanente da infortunio pag. 76

Art. 6 - Invalidità permanente da malattia pag. 81

Art. 7 - Le integrazioni delle coperture pag. 84

Art. 8 – Richiesta di prestazioni alla cassa pag. 85

Regolamento
NORME GENERALI



L'ETICA DI GALENO

Galeno è una società cooperativa creata dai medici per tutelare sé stessi e le proprie famiglie di fronte ai possibili imprevisti della vita.
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

Galeno Family è un programma multi-garanzia riservato ai figli dei soci iscritti a Galeno società mutua cooperativa - nonchè al personale dipendente e ai collaboratori della società. Il programma fornisce prestazioni di natura assistenziale e previdenziale attraverso appositi contratti di assicurazione.
Galeno Family si articola nei seguenti tre contenitori di garanzie più avanti disciplinati:

- **Ombrello**
  a. assistenza sanitaria
  b. assistenza in caso di non autosufficienza
- **Salvadanaio**
  a. previdenza integrativa
  b. previdenza complementare
- **Salvagente**
  a. morte per ogni causa
  b. morte e invalidità permanente da infortunio
  c. invalidità permanente da malattia.

Il regolamento Galeno Family ha validità annuale.

Articolo 1. Requisiti e modalità di iscrizione

a. Chi può aderire

Possono fare domanda di adesione al piano Galeno Family, i figli dei soci iscritti a *Galeno società mutua cooperativa*, dopo il compimento del 18° anno di età, nonchè il personale dipendente e i collaboratori della cassa. Gli aderenti non devono aver superato il 65° anno di età.

Il medesimo diritto può essere esercitato dai figli dei soci che siano in precedenza cessati dal rapporto previdenziale ed assistenziale di Galeno per raggiungimento del limite di età o perché non più facenti parte del nucleo familiare.

I soggetti aderenti al piano Galeno Familiy, d'ora innanzi anche *iscritti*, possono estendere le coperture previdenziali ed assistenziali ai familiari componenti il proprio nucleo familiare. L'identificazione dei componenti il nucleo familiare è stabilita con autocertificazione da parte dell'iscritto stesso.

Fanno parte del nucleo familiare:

• il coniuge legale o di fatto (anche dello stesso sesso)

• i figli, sia dell'aderente 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 percento 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 anche attraverso procedura a distanza FEA (firma elettronica avanzata):

• la richiesta di iscrizione che comprende, tra l'altro:

• questionario anamnestico per la copertura LTC

• l'attestazione del possesso dei requisiti richiesti

• l'adesione incondizionata alle norme statutarie e regolamentari

• modello Sepa compilato.

• la copia di un documento di identità in corso di validità

È inoltre necessario provvedere ad effettuare un bonifico bancario ovvero

ad emettere un assegno bancario o circolare non trasferibile, nella misura e secondo le modalità descritte all'articolo 3, punto d del presente regolamento.

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'adesione degli iscritti, 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 della cassa 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 e sono dovuti per l'intero anno, anche se vengono corrisposti dall'aderente in quote mensili.

I contributi mensili, al netto di eventuali integrazioni volontarie, sia per l'aderente singolo che per l'aderente con nucleo seguono lo sviluppo previsto dalla tabella dei contributi mensili comprensivi dei costi per la gestione del piano Galeno Family, posta a conclusione delle presenti norme generali.

b. La quota di iscrizione

La quota d'iscrizione è di 104,00 euro. Tale quota non è corrisposta dai nuovi aderenti in continuità di copertura perché provenienti dal nucleo familiare di un socio Galeno senza soluzione. Si tratta di una somma da corrispondere solo al momento della richiesta di adesione.

c. Che cosa si versa al momento della richiesta di iscrizione

Insieme alla richiesta di iscrizione il richiedente dovrà corrispondere i seguenti importi:

- quota di iscrizione 104,00 euro se dovuta, vedi punto precedente
- primo contributo mensile - importo variabile in base all'età dell'aderente, al suo status (se aderisce con famiglia) e ad eventuali integrazioni.

d. Come si versa al momento della richiesta di iscrizione

Il pagamento dovrà essere effettuato in favore di *Galeno società mutua cooperativa* 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

e. Modello Sepa Sdd (Sepa Core Direct Debit)

Il modello Sepa consente l'addebito di mese in mese sul conto corrente bancario dell'aderente dei contributi dovuti (con valuta anticipata di circa 10 giorni rispetto al primo giorno del mese cui si riferisce il contributo stesso, per consentire alla cassa 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 piano Galeno Family, è previsto che il mese successivo a quello di ingresso, il sistema di produzione della distinta Sepa di addebito per gli aderenti processi un addebito doppio e riferito a due mensilità contributive.

Qualora l'iscritto 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.

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

Ai fini del computo dei contributi da versare si ricorda che l'età assicurativa dell'iscritto 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.

g. Variazione annuale dei contributi e dei capitali e/o dei massimali per aumento dell'età degli iscritti e dei familiari

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

h. Uscita per età

Per gli aderenti 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, l'aderente 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), 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

L'iscritto 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 aderente singolo a aderente con famiglia, l'eventuale maggiore contributo decorrerà, dalla data di comunicazione all'iscritto 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 l'aderente abbia provveduto ad aderire al piano Galeno Family nella formula con nucleo familiare.
L'eventuale riduzione dei contributi per variazione dello status da aderente con famiglia a aderente singolo avrà invece effetto dalla ricorrenza annuale successiva alla data di comunicazione.

c. Decesso

Ricevuta comunicazione del decesso dell'aderente, 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 l'aderente è deceduto.

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 dall'aderente. Le quote non versate sono anticipate da Galeno 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. L'aderente al piano Galeno Family dovrà produrre una dichiarazione attestante la conoscenza di eventuali patologie sofferte nel periodo di sospensione e la volontà di riattivare le coperture per se e, o i suoi familiari.

f. Esclusione

Il consiglio di amministrazione può deliberare l'esclusione dell'aderente 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 (v. 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 piano Cent'anni

a. Norme comuni

Gli aderenti hanno la possibilità di usufruire della assistenza sanitaria, rimborso delle spese mediche ospedaliere e Ltc rendita, 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 e delle norme generali) e fino al compimento del centesimo anno d'età.
In ottemperanza ai principi di servizio e maggior tutela per gli aderenti che Galeno Family osserva, l'iscritto che abbia maturato i requisiti di età e permanenza 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 dell'aderente, Galeno gli comunica con congruo anticipo l'adesione al piano Cent'anni al fine del legittimo esercizio del diritto di recesso. Al momento dell'accesso al piano Cent'anni è consentita la variazione di status. L'aderente, dunque, è libero di aderire al piano Cent'anni come singolo o con famiglia.

Articolo 6. Assistenza ai 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.

L'aderente può contattare Galeno in una delle seguenti modalità:

• numero verde gratuito 800.999383 o gli altri canali disponibili
Per le modalità d'erogazione del servizio il sito web di Galeno riporta giorni e orari settimanali aggiornati.

• il Servizio Assistenza Soci a mezzo email backoffice@cassagaleno.it a mezzo pec per l'invio di documenti, modulistica compilata e comunicazioni ufficiali a galeno@pec.cassagaleno.it

• l'ufficio Gestione Sinistri a mezzo email sinistri@cassagaleno.it a mezzo pec, per l'inoltro di richieste di rimborso, per denunce per tutte le garanzie Galeno e per l'autorizzazione di prestazioni sanitarie nel circuito delle strutture convenzionate con Galeno gestionesinistri@pec.cassagaleno.it, e, per la denuncia di sinistri di responsabilità civile professionale, rc@pec.cassagaleno.it
• sede legale e operativa di Galeno: via Parigi 11 00185 Roma

Amministrazione
amministrazione@cassagaleno.it
amministrazione@pec.cassagaleno.it

Per richieste generiche
info@cassagaleno.it

Sito internet: www.cassagaleno.it
Sede legale e operativa: Via Parigi 11, 00185 Roma
Sede secondaria: Via Piave 15, 00187 Roma

Articolo 7. 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 degli aderenti che potranno, ove lo ritenessero, esercitare il recesso.

Articolo 8. 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 9. Ricevute e dichiarazioni fiscali

Ai fini dei benefici fiscali previsti dalla normativa vigente, Galeno renderà disponibili a tutti gli aderenti all'interno dell'aria 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 agli aderenti la certificazione valida a fini fiscali dei contributi versati. All'iscritto 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 10. Richiesta di prestazioni alla cassa e liquidazione dei danni

L'aderente al piano Galeno Family o, in difetto, i suoi familiari sono tenuti a comunicare al servizio assistenza soci della cassa per iscritto mediante PEC (Posta elettronica certificata) all'indirizzo gestionesinistri@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'articolo 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).

La cassa ha facoltà per mezzo di medici di sua fiducia di richiedere i referti degli accertamenti. Gli aderenti devono fornire al servizio assistenza soci della cassa ogni necessaria informazione o documentazione, ovvero consentirne l'acquisizione da parte di Galeno, sciogliendo dal segreto professionale i medici che li hanno visitati e curati.

La mancata ottemperanza agli obblighi che precedono e, o, il rifiuto di sot-

toporsi ai controlli medici disposti da Galeno comportano la perdita del diritto al rimborso/erogazione della prestazione.

Articolo 11. Privacy. Tutela degli aderenti 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

Galeno è da sempre impegnata a garantire piena tutela dei diritti, della dignità e della fiducia dei soci nel trattamento dei loro dati personali, agendo nel rispetto dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e responsabilità e in piena conformità alla normativa vigente, con particolare riferimento al Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR") ed al D. Lgs. n. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"). I dati personali raccolti sono trattati esclusivamente per le finalità dichiarate nell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR, consultabile sul sito https://cassagaleno.eu/informativa-privacy/, legate alle attività istituzionali, amministrative, operative e promozionali di Galeno, senza alcuna comunicazione, diffusione o utilizzo non autorizzato. Galeno promuove con i propri collaboratori, fornitori e partner una cultura della sicurezza e della responsabilità nell'interesse di tutti gli associati, con lo scopo di monitorare e migliorare costantemente le misure tecniche e organizzative adottate per la protezione dei dati, per garantire l'accuratezza, la sicurezza, la riservatezza e l'integrità delle informazioni. Galeno attribuisce priorità alla tutela dei diritti dei soci, assicurando che essi possano in ogni momento esercitare i diritti previsti dagli artt. 15-21 GDPR: accesso ai dati e diritto di ottenere una loro copia, rettifica, integrazione e cancellazione dei dati, diritto all'oblio, limitazione ed opposizione al trattamento dei dati, portabilità dei dati e revoca del consenso al trattamento. Per l'esercizio di tali diritti, è possibile contattare il Titolare del trattamento o il Responsabile per la Protezione dei Dati di Galeno scrivendo agli indirizzi di posta elettronica pubblicati sul sito "www.cassagaleno.eu", alla PEC o alla sede sociale del Titolare del trattamento.

L'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR è

consultabile sul sito https://cassagaleno.eu/informativa-privacy/

Articolo 12. Organi istituzionale e operativi

Presidente onorario
Mario Falconi

Consiglio di amministrazione
Antonio Nigro, presidente
Loredana Bruno, vice presidente vicario
Gaetano Cincotta, vice presidente
Mariagrazia Terenzio, vice presidente
Paolo Oliva, segretario
Maurizio Atzori, consigliere
Teresa Frugieri, consigliere
Antonella Litta, consigliere
Chiara Riva Cavalletti De Rossi, consigliere
Giovanni Vento, 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
Antonio Lista, medico del lavoro

Comitato esecutivo
Antonio Nigro

Loredana Bruno
Paolo Oliva

Tabella dei contributi mensili

Con famiglia

Base	
Età	**Euro**
24	€ 92,00
25	€ 92,00
26	€ 92,00
27	€ 92,00
28	€ 94,00
29	€ 97,00
30	€ 100,00
31	€ 100,00
32	€ 100,00
33	€ 103,00
34	€ 103,00
35	€ 106,00
36	€ 108,00
37	€ 108,00
38	€ 111,00
39	€ 113,00
40	€ 117,00
41	€ 120,00
42	€ 122,00
43	€ 125,00
44	€ 127,00
45	€ 131,00
46	€ 133,00
47	€ 136,00
48	€ 139,00

Cent'anni	
Età	**Euro**
70	€ 104,00
71	€ 104,00
72	€ 107,00
73	€ 110,00
74	€ 113,00
75	€ 117,00
76	€ 120,00
77	€ 123,00
78	€ 126,00
79	€ 129,00
80	€ 133,00
81	€ 137,00
82	€ 140,00
83	€ 143,00
84	€ 147,00
85	€ 150,00
86	€ 153,00
87	€ 153,00
88	€ 159,00
89	€ 163,00
90	€ 166,00
91	€ 170,00
92	€ 173,00
93	€ 177,00
94	€ 180,00

Base	
Età	**Euro**
49	€ 141,00
50	€ 144,00
51	€ 147,00
52	€ 150,00
53	€ 155,00
54	€ 158,00
55	€ 161,00
56	€ 161,00
57	€ 164,00
58	€ 166,00
59	€ 169,00
60	€ 172,00
61	€ 174,00
62	€ 178,00
63	€ 180,00
64	€ 186,00
65	€ 188,00
66	€ 194,00
67	€ 197,00
68	€ 202,00
69	€ 208,00
70	€ 213,00

Cent'anni	
Età	**Euro**
95	€ 183,00
96	€ 186,00
97	€ 189,00
98	€ 193,00
99	€ 196,00
100	€ 199,00

Singolo

Base	
Età	Euro
24	€ 47,00
25	€ 47,00
26	€ 50,00
27	€ 50,00
28	€ 54,00
29	€ 54,00
30	€ 56,00
31	€ 56,00
32	€ 59,00
33	€ 59,00
34	€ 61,00
35	€ 61,00
36	€ 64,00
37	€ 64,00
38	€ 66,00
39	€ 66,00
40	€ 70,00
41	€ 73,00
42	€ 73,00
43	€ 75,00
44	€ 78,00
45	€ 78,00
46	€ 80,00
47	€ 83,00
48	€ 87,00
49	€ 89,00

Cent'anni	
Età	Euro
70	€ 54,00
71	€ 58,00
72	€ 60,00
73	€ 62,00
74	€ 64,00
75	€ 66,00
76	€ 70,00
77	€ 72,00
78	€ 74,00
79	€ 76,00
80	€ 78,00
81	€ 80,00
82	€ 82,00
83	€ 85,00
84	€ 87,00
85	€ 89,00
86	€ 91,00
87	€ 93,00
88	€ 95,00
89	€ 97,00
90	€ 100,00
91	€ 103,00
92	€ 105,00
93	€ 107,00
94	€ 109,00
95	€ 111,00

Base	
Età	**Euro**
50	€ 92,00
51	€ 92,00
52	€ 94,00
53	€ 97,00
54	€ 100,00
55	€ 103,00
56	€ 108,00
57	€ 111,00
58	€ 113,00
59	€ 117,00
60	€ 120,00
61	€ 125,00
62	€ 127,00
63	€ 131,00
64	€ 136,00
65	€ 139,00
66	€ 144,00
67	€ 150,00
68	€ 153,00
69	€ 158,00
70	€ 164,00

Cent'anni	
Età	**Euro**
96	€ 113,00
97	€ 116,00
98	€ 118,00
99	€ 120,00
100	€ 122,00

Regolamento OMBRELLO

Articolo 1. Oggetto del regolamento

Il presente regolamento disciplina il funzionamento dell'"Ombrello" di Galeno Family che 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 Galeno, ma erogate da medici non convenzionati.

Tale garanzia comprende anche:

• prestazioni di assistenza odontoiatrica a seguito di infortunio.

Tale garanzia è riservata in via automatica all'aderente con status singolo e all'aderente e a tutto il suo nucleo familiare quando lo status dell'aderente 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 Rendita.

Essa provvede all'erogazione di un importo mensile.

c. Integrazioni

Su base volontaria e onerosamente le coperture prestate dal piano Galeno Family 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 Rendita

Aderenti 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 di Galeno Family possono essere fruite sia in Italia che all'estero, sempre nei limiti del tariffario. L'assistenza è erogabile anche agli aderenti 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 sottolimite onnicomprensivo di laserterapia e tutti gli esami collegati pre e post intervento, di 1.500,00 euro per anno e per nucleo (elevato a €. 2.500,00 qualora l'intervento di correzione della miopia riguardi entrambi gli occhi).

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 all'aderente 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 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 provochi 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 Galeno si im-

pegna a prestare nei confronti dell'aderente 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 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.

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 dall'aderente che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'aderente.

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: Si specifica che il rimborso delle immunoterapie, delle terapie mediche, farmacologiche, oncologiche (fisiche, chimiche e immunoterapiche) 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. É comunque esclusa la terapia off label e qualsiasi terapia sperimentale

b) presenza delle terapie e dei farmaci utilizzati nella Farmacopea ufficiale

c) esclusione dalla copertura dei presidi e delle immunoterapie, delle terapie mediche, farmacologiche, oncologiche (fisiche, chimiche e immunoterapiche) la cui somministrazione è consentita solo in ospedali pubblici e/o equiparati al pubblico e/o istituti di ricerca e centri di alta specializzazione.

d) per quanto concerne la chemio terapia, è necessaria la produzione di: prescrizione dell'oncologo e relativo Piano Terapeutico; dettagliato preventivo/documentazione da cui si evidenzi: 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 della fascia IVA. Sono escluse le terapie farmacologiche successive alle dimissioni e dispensate dal Servizio sanitario nazionale.

e) le terapie con farmaci innovativi come quelli sottoelencati (non rimborsabili in regime domiciliare) possono essere effettuate in regime di ricovero esclusivamente in istituti di ricerca e/o centri di alta specializzazione, con esclusione delle case di cura (private o convenzionate) non in possesso delle autorizzazioni specifiche.

- 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 50% della spesa sostenuta e con un massimo di 50.000 euro per anno e per nucleo.

f) la Cassa comunque rimborsa le terapie farmacologiche con riferimento alle tariffe vigenti e alle modalità di fatturazione FARMADATI.

Cure programmate di alta specializzazione all'estero a carico dell'SSN.
Si ricorda ai Soci che l'assistenza sanitaria all'estero a carico dell'SSN consente di beneficiare, previa autorizzazione del Centro di riferimento regionale tramite la ASL di residenza, di cure di altissima specializzazione nell'ambito delle strutture pubbliche o private convenzionate dei Paesi della UE, della Svizzera e dello Spazio Economico Europeo. È previsto anche l'eventuale rimborso delle spese sostenute.

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 Galeno Family

Galeno Family 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 dall'aderente 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, 30giorni 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. Si ricorda

che per particolari prestazioni vige quanto specificato nelle definizioni sotto la voce “terapie” (alle pp. 38 e 39).

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, ricomprendendo 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, l’aderente opterà 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 dell’aderente 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 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. Si ricorda che per particolari prestazioni vige

quanto specificato nelle definizioni sotto la voce "terapie" (alle pp. 38 e 39).

vii. per ostetricia (rimborsi massimi per sinistro e per anno senza applicazione dello scoperto 19%): parto naturale 5.000,00 euro, parto cesareo (omnicom-

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

prensivo) 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. Si ricorda che per particolari prestazioni vige quanto specificato nelle definizioni sotto la voce “terapie” (alle pp. 38 e 39).

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, Galeno Family 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 Galeno Family

Diverse strutture private, su tutto il territorio nazionale (vedi elenco sul sito di Galeno), sono convenzionate con Galeno Family che, in caso di ricovero dell'aderente 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 di Galeno Family all'intervento o alle prestazioni in regime di convenzionamento diretto, l'aderente deve inviare all'indirizzo all'in-

dirizzo PEC gestionesinistri@pec.cassagaleno.it, almeno otto 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. Si fa presente che non è ricevibile la documentazione per il rimborso o la autorizzazione all'accesso in strutture convenzionate con la Cassa se consegnata a mano. È necessaria la produzione di un preventivo di spesa da parte della struttura convenzionata per day hospital, ricovero, interventi di radioterapia e chemioterapia in regime ambulatoriale. Il preventivo è necessario per la valutazione di eventuali oneri a carico dell'aderente per la voce di intervento. Per completezza si rappresenta come qualora il preventivo presenti un importo superiore a quello massimo fissato nel Tariffario, l'eventuale somma eccedente non potrà in ogni caso essere rimborsata da Galeno.

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

È esclusa ogni responsabilità di Galeno Family 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 l'aderente 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 Galeno Family, 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 percento 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 radioisotopoterapia
- 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 ecocolordoppler
• 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)
• Thinpreptest

• 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 Gatrointestinal 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 percento 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 a Galeno Family da parte del'aderente. 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 radioisotopoterapia, 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 terapico 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 sottolimite applicato per anno e per persona è di 15.000,00 euro.

Si ricorda che per particolari prestazioni vige quanto specificato nelle definizioni sotto la voce "terapie" (alle pp. 38 e 39).

iii. Medicina oncologica preventiva

Galeno Family 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, l'aderente 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/villocentesi.
• 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 dell'aderente o del suo familiare avvenuto durante ricovero all'estero, purché il ricovero risulti in garanzia.

e. Che cosa non rimborsa Galeno Family
I. Le spese conseguenti alle patologie che siano l'espressione o la conseguen-

za 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 l'aderente e, o il suo familiare abbia preso parte volontariamente

V. le spese per infortuni derivanti da azioni delittuose dell'aderente 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 in Galeno Family . 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 som-

me 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 preesistente all'ingresso in Galeno Family e loro conseguenze mediche e chirurgiche, intendendosi per tale la formazione anomala di parte anatomica obiettivamente visibile o clinicamente diagnosticata prima dell'ingresso in Galeno Family.

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 piano Galeno Family)

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 piano Galeno Family

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'atomo 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

a. Ltc rendita

Questa forma di assistenza per il caso di non autosufficienza è riservata a tutti gli iscritti al piano Galeno Family attivi non aderenti al piano Cent'anni.

b. 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 l'iscritto compie 70 anni di età, 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.

c. Definizioni

Si intende per stato di non autosufficienza la condizione dell'iscritto e/o del familiare il quale, a causa di una malattia, patalogie, lesioni, deficit neuromotori, decadimento psichico, si trovi in uno stato tale da aver bisogno, preve-

dibilmente 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 l'iscritto, 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 l'iscritto 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 l'iscritto 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 l'iscritto 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 l'iscritto 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 l'iscritto 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.

d. Prestazioni garantite

In caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza permanente dell'iscritto - 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.
I beneficiari della prestazione assicurata sono gli iscritti stessi. Per ciascun iscritto l'ammontare della rendita vitalizia è di 500,00 euro mensili, salva la facoltà di integrazione. Si precisa che in caso di decesso dell'iscritto 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 Galeno. Non è ammesso l'istituto del riscatto.

e. 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 in Galeno Family. Si precisa che tale esclusione non verrà applicata per gli iscritti 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 assestamenti 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.

f. Da quando la rendita viene erogata

Con il riconoscimento dello stato di non autosufficienza si genera il diritto dell'aderente 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 similari 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 dell'aderente nel corso degli eventuali periodi di differimento della prestazione sopra descritti fa decadere il diritto al riconoscimento della prestazione.

g. Fino a quando la rendita viene erogata

La corresponsione della rendita cessa:
• con l'ultima scadenza di rata precedente il decesso dell'aderente. Eventuali rate scadute e pagate successivamente a tale evento devono essere restituite a Galeno
• con la prima scadenza di rata precedente all'accertamento della mancata permanenza dello stato di non autosufficienza dell'aderente.
Nel corso del periodo di erogazione della rendita, Galeno si riserva il diritto di effettuare successivi accertamenti della condizione di non autosufficienza dell'aderente, 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, Galeno si riserva comunque la possibilità di richiedere all'aderente ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.
In caso di decesso dell'aderente, dovrà essere indirizzata a Galeno, entro 30 giorni, apposita comunicazione.

Articolo 4. Le integrazioni delle coperture per gli aderenti e le adesioni alle coperture dei familiari

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

1. Agli aderenti 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 dell'aderente, e comunque all'ingresso nel Piano Cent'Anni dell'aderente stesso, anche per i familiari che ne godano nella forma "con nucleo". Possono usufruire di questa garanzia tutti gli iscritti a Galeno Family 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 rendita (Long term care, perdita dell'autosufficienza)

Posto che per tutti gli aderenti al piano Galeno Family è attiva automaticamente una copertura Ltc fruibile fino all'ingresso nel piano Cent'Anni che garantisce l'erogazione di una rendita vitalizia rivalutabile annua di 6.000,00 euro (500,00 euro mensili), gli iscritti possono integrare questa copertura automatica:

i. aumentando l'importo mensile della rendita di ulteriori 1.000,00 euro per un

totale di 18.000,00 euro annui, comprendendo l'importo della rendita fissato dalla copertura automatica
ii. aumentando l'importo mensile della rendita di ulteriori 1.500,00 euro per un totale di 24.000,00 euro annui, comprendendo l'importo della rendita fissato dalla copertura automatica
iii. superando il limite temporale di 70 anni e aumentando l'importo mensile della rendita di ulteriori 1.000,00 euro, 1.500,00 euro o 2.000,00 euro fino ad un massimo di 30.000,00 euro annui.
La rendita erogata in caso di sopravvenuta non autosufficienza è vitalizia, immediata e rivalutabile.

Durata pagamento premi: fino al compimento del sessantaseiesimo anno di età. Per coloro che hanno un'età compresa tra 61 e 65 anni la durata di pagamento dei contributi viene stabilita in sei anni. La rendita sarà corrisposta in rate mensili anticipate, fino a quando persisterà lo stato di non autosufficienza.
Ai fini dell'adesione alla copertura assicurativa di questa formula a vita intera, l'iscritto non deve aver integrato la Ltc temporanea automatica nelle modalità previste al precedente punto i: a tal proposito si precisa che l'eventuale passaggio di garanzia potrà essere effettuato esclusivamente a far data dal 1° gennaio di ogni anno. Si 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 dell'iscritto e, o del familiare aderente relativi ad altri eventi. L'accertamento dello stato di non autosufficienza spetta alla compagnia. Dalla data di ricevimento della documentazione completa (data di denuncia) decorre il periodo di accertamento da parte della compagnia, che in ogni caso non può superare i 4 mesi.
Con il riconoscimento dello stato di non autosufficienza si generano i seguenti effetti:

1. il diritto a percepire la prestazione
2. la sospensione dell'obbligo alla corresponsione del premio, qualora il riconoscimento avvenga in data anteriore al termine del periodo di pagamento premi
3. la restituzione dei contributi pagati durante il periodo di accertamento.

2. Diversamente, i familiari - essendo titolari in maniera automatica della sola prestazione di assistenza sanitaria - possono integrare:

a. Assistenza sanitaria con la medesima garanzia prevista per gli iscritti e prestata alle medesime condizioni: la diaria da ricovero integrativa (previa dichiarazione sanitaria sullo stato di salute). I familiari possono inoltre aderire alla copertura

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

i. fissando l'importo mensile della rendita di non autosufficienza della copertura temporanea (fino ai 70 anni del familiare) di 1.000,00 euro, 1.500,00 euro o 2.000,00 euro per un massimo di 24.000,00 euro annui.

ii. sottoscrivendo la formula a vita intera riservata agli aderenti con la sola eccezione della rendita massima assicurabile che è fissata in 24.000,00 euro annui. Il familiare sceglie tassi fissi di rendita di 1.000,00 euro, 1.500,00 euro e 2.000,00 euro mensili.

Articolo 5. Dichiarazioni fiscali delle compagnie di assicurazione e rendicontazione sul contributo annuo versato

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

Articolo 6. Richiesta di prestazioni a Galeno

a. Premessa

Fatto salvo quanto stabilito in via generale all'articolo 10 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 fruite 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.

L'aderente 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 attestante 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 (modello di richiesta + la documentazione necessaria) deve essere inviata in una delle seguenti modalità alternative:

- solo in formato pdf

• via PEC / e-mail personale, già comunicata a Galeno, a gestionesinistri@pec.cassagaleno.it

- in formato cartaceo (modello di richiesta in originale e documentazione in copia)

• per raccomandata A/R a Galeno via Parigi 11 00185 Roma

Ricevuta la documentazione richiesta, il servizio assistenza soci provvederà a comunicare l'avvenuta liquidazione, che avverrà tramite bonifico bancario sul medesimo conto corrente utilizzato per l'addebito mensile del contributo associativo, dell'importo dovuto secondo il regolamento ed il tariffario.

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, l'aderente e, o il suo familiare assicurato o altra persona che lo rappresenti, per il tramite di Galeno deve richiedere per iscritto alla compagnia il riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

L'aderente 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 gestionesinistri@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 all'aderente e, o al suo familiare ulteriori informazioni sulle predette cause nonché ulteriore documentazione medica. Ultimati i controlli medici, la compagnia comunica per iscritto all'aderente per il tramite di Galeno, entro e non oltre il periodo di accertamento, il riconoscimento o meno dello stato di non autosufficienza.

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

GRANDI INTERVENTI CHIRUGICI

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 echinococcosi 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 echinococcosi epatica
- 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 linfoadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

• isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
• vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e,o pelvica
• intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia

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 (lobectomia, pneumonectomia)
• correzione chirurgica di atresie e,o fistole congenite
• correzione chirurgica di megauretere congenito
• correzione chirurgica di megacolon congenito

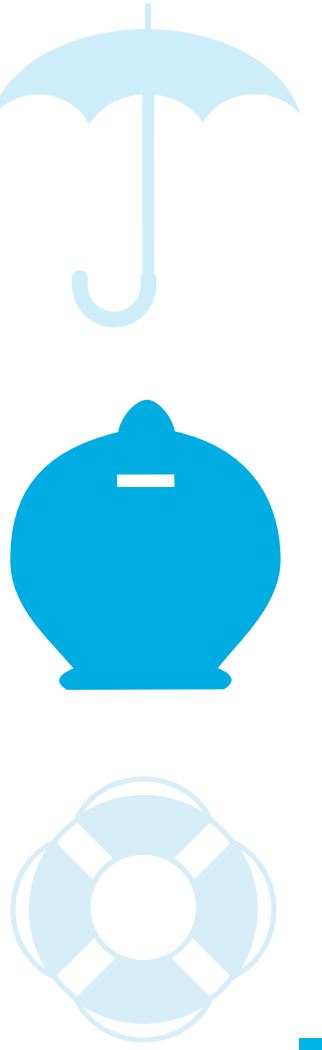
TRAPIANTI DI ORGANO

• 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 agli aderenti 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 dell’aderente

2. dagli eventuali versamenti volontari integrativi dell’aderente o dei suoi familiari maggiorenni, non inferiori a 312,00 euro l’anno, addebitati secondo la cadenza di pagamento prescelta

b. Riscatto

1. Riscatto speciale

Gli aderenti possono uscire in qualsiasi momento dal piano Galeno Family, 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 l’aderente che decida di uscire da Galeno Family avrà diritto a percepire il valore di riscatto speciale.

2. Riscatto parziale senza l'uscita dal piano Galeno Family

Gli aderenti possono ritirare fino ad un massimo del 90 percento dell'importo maturato nella propria posizione previdenziale senza uscire dal piano Galeno Family, ma non prima che siano trascorsi almeno 5 anni dall'iscrizione.
È ammessa la presentazione, nel corso del periodo di permanenza in Galeno Family, di una pluralità di richieste di riscatto parziale, fermo restando il rispetto delle condizioni previste circa la percentuale massima riscattabile a tale titolo (90 percento) e fino al raggiungimento della capienza del massimo erogabile annualmente previsto dalla convenzione assicurativa.
A fronte di ciascuna richiesta di riscatto parziale Galeno dovrà controllare che le somme complessivamente erogate all'aderente a detto titolo (a fronte anche di precedenti richieste) non risultino superare il tetto del 90 percento del totale della posizione individuale. Le somme complessivamente percepite a titolo di riscatto parziale non potranno infatti eccedere il 90 percento 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)

Gli aderenti titolari, e, o i familiari maggiorenni che avessero aperto una posizione previdenziale, possono acquisire la prestazione di previdenza in-

tegrativa 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; l'aderente 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 gli aderenti e i familiari maggiorenni, integrare entrambe le prestazioni previdenziali con le modalità indicate al precedente articolo 2, lettera a.
Agli aderenti 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.

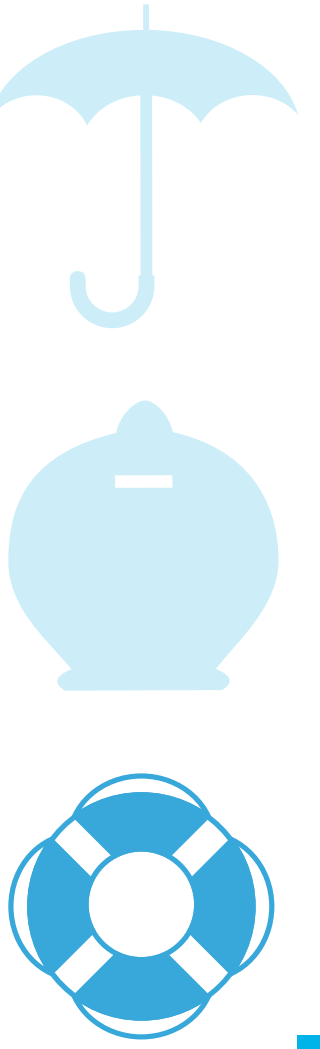
Il servizio assistenza soci comunicherà:

• 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 “cassa” 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:

• **aderenti 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

• **aderenti singoli**. I valori assicurati sono calcolati come per gli aderenti 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 gli aderenti, 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 dell'aderente.
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 (costituito 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.

Articolo 4. Morte ogni causa

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

a. Modalità assuntive

Per capitali assicurati fino a 56.000,00 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 56.000,00 euro in presenza delle seguenti patologie:
• patologie cardio-vascolari (escludendo l'ipertensione): infarto del miocardio, 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 dell'aderente e, o del familiare assicurato o del beneficiario
• partecipazione attiva dell'aderente e, o del familiare assicurato a delitti dolosi
• partecipazione attiva dell'aderente 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 dell'iscritto, alle condizioni stabilite dal competente ministero
• incidente di volo, se l'aderente 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 del l'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 a Galeno Family, se non fosse stata effettuata la visita medica
• il decesso avvenga nei primi 7 anni di appartenenza a Galeno Family e l'aderente e, o il familiare assicurato, su richiesta del fondo della cassa, non avesse dato l'autorizzazione scritta per eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da Hiv o di sieropositivi-

tà. Nel caso in cui l'aderente 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 aderenti 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 aderenti 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 Galeno Family

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 l'aderente e, o il familiare provi di non avervi preso parte attiva o volontaria

• gli infortuni subiti da aderenti e, o familiari in conseguenza di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'aderente 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 derivanti dalla predetta causa che colpissero aderenti 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), l'aderente e, o il familiare si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti. L'estensione è subordinata alla circostanza che gli aderenti 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 l'aderente 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 aderenti 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 aderenti 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 percento 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 dell'aderente 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 l'aderente 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 dell'aderente 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 aderenti 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, dermotifo, dissenteria batterica, febbre itteroemoglobinurica, meningite cerebro-spinale epidemica, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica per-

niciosa. L'estensione è subordinata alla circostanza che gli aderenti 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 percento della totale; se invece l'invalidità permanente supera il 20 percento della totale verrà corrisposto il risarcimento integrale, sempre in rapporto al grado di invalidità permanente residuato. 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.

b. Che cosa non rimborsa Galeno Family

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 l'aderente 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 dell'aderente 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 a Galeno Family. 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.

Inferiore o uguale al 3%	Nessun indennizzo
Superiore al 3% fino al 24%	Percentuale accertata applicata sulla somma assicurata detratto il 3% di franchigia fissa
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. La somma in questione viene elargita dal fondo solo a seguito di liquidazione da parte di Unipol Assicurazione SPA, Società Assicuratrice partner di Galeno.
In questo senso, la Cassa conserva gli imprescindibili ruoli:

i) della ricezione la documentazione da parte dell'aderente;
ii) della trasmissione di detta documentazione alla Compagnia Assicurativa predetta.
L'istruttoria concernente il sinistro viene però interamente svolta da Unipol Assicurazione SPA, 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 Galeno Family

Galeno Family eroga una somma assicurata in caso di perdita definitiva e irrimediabile, totale o parziale, della capacità dell'aderente e, o del familiare assicurato di svolgere una generica attività lavorativa a seguito di una malattia. La somma in questione viene elargita dal fondo solo a seguito di liquidazione da parte di Unipol Assicurazione SPA 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 Unipol Assicurazione SPA, 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 percento, a condizione che la malattia generante l'invalidità sia insorta in corso di appartenenza a Galeno Family, 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 percento, 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 all'aderente 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 l'aderente 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 l'aderente 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 all'aderente 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 a Galeno Family. 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 l'aderente muore prima che la compagnia possa aver effettuato la propria visita medica, l'indennizzo viene calcolato in base alla perizia medica di parte prodotta dall'aderente 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 Galeno Family

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 a Galeno Family 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 ed anche quelle conseguenti a infortunio verificatosi prima o durante il periodo di appartenenza a Galeno Family.

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 dell'aderente 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 516.000,00 euro. È consentita l'estensione della copertura ai familiari dell'aderente con età compresa tra i 18 e i 70 anni. Per capitali assicurati da 56.000,00 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 dell'aderente. 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 e invalidità permanente da infortunio

Il capitale massimo assicurabile è di 516.000,00 euro. I familiari, anche minorenni, possono aderire a questa garanzia. È possibile chiedere, tramite una comunicazione scritta da inviare al servizio assistenza soci della cassa, l'estensione delle coperture da infortunio anche fino all'ottantesimo anno di età. Si precisa che per gli assicurati di età superiore ai 18 anni 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). 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 aderente 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, compreso il capitale automatico per ciascun aderente (v. articolo 2), è pari a 258.228,00 euro.
È possibile per i familiari richiedere l'applicazione di tale copertura alle medesime condizioni previste per gli aderenti. L'ingresso in copertura avviene previa valutazione del questionario sanitario nonché di elettrocardiogramma e specifiche analisi del sangue.

Articolo 8. Richiesta di prestazioni alla cassa

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:
• loro documento d'identità e codice fiscale
• relazione sanitaria redatta dall'ultimo medico curante sul modello per la relazione sanitaria - scaricabile sul sito Galeno, nella sezione Sinistri - e dichiarazione del medesimo rilasciata sul proprio ricettario, attestante la compilazione del predetto modello
• certificato di stato di famiglia
• copia integrale della cartella clinica, completa, se esistente, di anamnesi patologica remota
• 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 gestionesinistri@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, l'aderente deve trasmettere al servizio assistenza soci:

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

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

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

• 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, l'aderente deve trasmettere al servizio assistenza soci:

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

• certificato medico di avvenuta guarigione clinica
• 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 l'aderente sul grado d'invalidità permanente residuo, può richiedere all'aderente di sottoporsi ad una visita presso un medico di fiducia della compagnia stessa e solo successivamente proporre all'aderente un indennizzo.
Tutta la documentazione deve essere inviata in formato digitale (pdf) all'indirizzo di posta elettronica gestionesinistri@pec.cassagaleno.it oppure in copia a mezzo raccomandata.

c. Richiesta di corresponsione della diaria gesso

L'aderente deve trasmettere al servizio assistenza soci:
• modello di richiesta di denuncia infortuni, scaricabile sul sito Galeno, nella sezione Sinistri
• copia del certificato attestante l'applicazione del gesso
• referto di pronto soccorso o certificato di prima diagnosi.
Ad avvenuta guarigione, dovrà trasmettere:
• 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 gestionesinistri@pec.cassagaleno.it oppure in copia a mezzo raccomandata.

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

L'aderente 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 percento.
L'aderente deve trasmettere al servizio assistenza soci:

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

Trascorsi 180 giorni dalla stabilizzazione della malattia, l'aderente deve trasmettere al servizio assistenza soci:
• certificato medico con l'indicazione del grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuato dalla malattia (relazione medico legale di parte)
• eventuale domanda alla Asl competente per attestazione grado di invalidità civile ed eventuale relativo riconoscimento.

Se l'aderente 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 residuata. Il servizio assistenza soci comunicherà all'aderente gli esiti della valutazione.

La forza contrattuale di più di 17.000 aderenti

Galeno Cassa Mutua Cooperativa

Cassa Galeno

Sede legale e operativa: Via Parigi 11, 00185 Roma
Sede secondaria: Via Piave 15, 00187 Roma
tel. 800 999 383 - fax 06 442 487 05
info@cassagaleno.it - www.cassagaleno.it