

GALENO

REGO

1

Regolamento  
2026

AVVEN  
TO

Valido dal 01 gennaio 2026

# GALENO REGOLAMENTO 2026



## Norme generali

L'etica di Galeno	pag. 9
Art. 1 - Requisiti e modalità di iscrizione	pag. 10
Art. 2 - Iscrizione, ampliamento, decorrenza ed efficacia delle prestazioni	pag. 11
Art. 3 - I contributi	pag. 11
Art. 4. - Le variazioni	pag. 13
Art. 5 - Il circuito virtuoso	pag. 15
Art. 6 - Il piano di solidarietà	pag. 17
Art. 7 - Il piano Cent'anni	pag. 17
Art. 8 - Assistenza ai soci	pag. 18
Art. 9 - Modifica delle modalità e limiti di assistenza	pag. 19
Art. 10 - Controversie	pag. 20
Art. 11 - Ricevute e dichiarazioni fiscali	pag. 20
Art. 12 - Richiesta di prestazioni e liquidazione dei danni	pag. 21
Art. 13 - Privacy. Tutela dei soci rispetto al trattamento dei dati personali	pag. 21
Art. 14 - Organi istituzionali e operativi	pag. 22
Tabella dei contributi mensili	pag. 24

# Ombrello

Art. 1 - Oggetto del Regolamento	pag. 27
Art. 2 - L'assistenza sanitaria	pag. 28
Art. 3 - Ltc Long term care	pag. 49
Art. 4 - Assistenza odontoiatrica	pag. 56
Art. 5 - Le integrazioni delle coperture per i soci e le adesioni alle coperture dei familiari	pag. 57
Art. 6 - Dichiarazioni fiscali delle compagnie di assicurazione e rendicontazione sul contributo annuo versato	pag. 62
Art. 7 - Richiesta di prestazioni	pag. 62
Elenco dei grandi interventi chirurgici. Elenco dei gravi mali per i quali il massimale è elevato a 350.000,00 euro	pag. 69

## Salvadanaio - Previdenza

Art. 1 - Oggetto del Regolamento pag. 74

Art. 2 - Previdenza integrativa

pag. 74

Art. 3 - Previdenza complementare

pag. 76

Art. 4 - Integrazioni

pag. 76

# Salvagente

Art. 1 – Oggetto del Regolamento	pag. 79
Art. 2 – Limiti temporali, territoriali e capitali previsti	pag. 79
Art. 3 – Definizioni	pag. 81
Art. 4 - Morte ogni causa	pag. 82
Art. 5 - Morte e invalidità permanente da infortunio	pag. 84
Art. 6 - Invalidità permanente da malattia	pag. 89
Art. 7 - Le integrazioni delle coperture	pag. 92
Art. 8 - Richiesta di prestazioni	pag. 93

# Paracadute

Art. 1 – Oggetto del Regolamento pag. 97

Art. 2 - Precisazioni sui rischi coperti. Esclusioni

Art. 3 – Limiti di indennizzo, importi a carico del socio, limiti territoriali.  
pag. 97

Art. 4 - Precisazioni sui rischi coperti. Esclusioni pag. 102

Art. 5 - Protezione di eredi e tutori pag. 112

Art. 6 - Responsabilità solidale pag. 112

Art. 7 - Coesistenza di altre assicurazioni pag. 112

Art. 8 – Obblighi in caso di sinistro. Surrogazione pag. 113

Art. 9 – Atti invasivi pag. 115

# Tandem

Art. 1 - Oggetto del Regolamento

pag. 122

Art. 2 - Assistenza legale

pag. 122

# Regolamento

## NORME GENERALI

8



## L'etica di Galeno

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

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

2. Galeno è una realtà innovativa; in linea con i principi del nuovo welfare integrativo delineato negli ultimi anni dal legislatore, Galeno assicura ai propri soci livelli di assistenza adeguati offrendo loro un ampio ventaglio di prestazioni sanitarie anche integrative ai l.e.a. (livelli essenziali di assistenza), contribuendo così a rendere più sostenibile il sistema salute italiano.

### Premessa

Le norme generali sono comuni:

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

## Articolo 1. Requisiti e modalità di iscrizione

### a. Chi può aderire

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

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

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

Fanno parte del nucleo familiare:

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

### b. Come aderire

Per aderire è necessario presentare al consiglio di amministrazione sui modelli predisposti anche attraverso procedura a distanza FEA (firma elettronica avanzata):

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

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

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

Accertate la regolarità delle richieste e la sussistenza dei requisiti, il comitato esecutivo, se nominato, o il presidente deliberano l'iscrizione dei soci. Il consiglio di amministrazione è in ogni caso il soggetto deputato a decidere in

merito alle iscrizioni dei soci stessi.

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 sanitari possono essere usufruite dai soci dal nucleo familiare degli stessi a partire dal primo giorno del mese successivo all'accettazione della domanda di iscrizione (o di integrazione), salvo diversa motivata comunicazione, e hanno efficacia con riferimento ad eventi verificatisi e denunciati nel corso del periodo di appartenenza a Galeno.

## Articolo 3. I contributi

### a. I contributi mensili

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

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

### b. La quota sociale

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

### c. La quota d'iscrizione

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

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

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

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

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

Il pagamento dovrà essere effettuato in favore di Galeno società mutua cooperativa - 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. Mediante addebito diretto sul conto corrente con procedura Sepa SDD.

## f. Modello Sepa Sdd (Sepa Core Direct Debit)

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

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

Qualora il socio fosse impossibilitato ad attivare l'addebito diretto sul conto corrente, dovrà provvedere a versare il contributo mensile mediante bonifico bancario in favore di Galeno sulle seguenti coordinate (istituto bancario Credito emiliano – Credem): IBAN IT70X0303213200010000002916, entro il giorno 21 del mese precedente al quale si riferisce il contributo.

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

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

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

La variazione avverrà al 1° gennaio di ogni anno per ogni socio al variare dell'età per le finalità di cui sopra.

### i. Uscita per età

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

## Articolo 4. Le variazioni

### a. Uscita volontaria

Posto che l'iscrizione è a tempo indeterminato, il socio che intendesse cessare il rapporto sociale con 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](mailto:galeno@pec.cassagaleno.it).

La cessazione del rapporto sociale in via 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 (pertanto entro il 30 settembre dell'anno precedente a quello di uscita) secondo quanto previsto dall'articolo 11 dello statuto, salvo casi straordinari valutabili singolarmente da parte del consiglio di amministrazione. **Pertanto, le prestazioni continueranno ad operare ed i relativi contributi mensili saranno dovuti, fino al mese di dicembre dell'anno precedente l'uscita.**

### b. Variazioni di status

Il socio con famiglia è tenuto a notificare, comunicandolo al servizio assistenza soci, qualsiasi variazione intervenuta nel nucleo familiare entro 30 giorni dall'evento, ai fini del diritto alle prestazioni. Nel passaggio da socio singolo a socio con famiglia, l'eventuale maggiore contributo decorrerà dalla data di comunicazione al socio della decorrenza della copertura per i nuovi componenti (in ogni caso mai antecedente al primo giorno del mese successivo a quello in cui è stata effettuata la richiesta). Il neonato è coperto sin dalla nascita anche per difetti fisici congeniti e malformazioni qualora il socio abbia già provveduto ad aderire a Galeno nella formula con nucleo familiare.

Si specifica come: *i)* qualora il nucleo familiare sia composto da soli due soggetti, si ha variazione di status da nucleo familiare a Socio singolo nell'ipotesi di decesso del coniuge di un socio; *ii)* qualora il nucleo familiare sia composto da soli due soggetti, si ha variazione di status da nucleo familiare a Socio singolo nell'ipotesi di separazione/divorzio del coniuge di un socio, ovvero nell'ipotesi di interruzione dell'unione civile o del rapporto affettivo.

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

### **b.1 Variazione di status per passaggio da Aderente Galeno Family a Socio**

Nel corso dell'anno un Aderente Galeno Family, qualora consegua l'abilitazione all'esercizio della professione medica, può richiedere l'inquadramento quale Socio. In questo senso, il soggetto concluderà il proprio inquadramento quale Aderente Galeno Family, avviandosi conseguentemente il rapporto sociale.

### **c. Decesso**

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

Ricevuta comunicazione del decesso la posizione viene chiusa nel mese stesso. Il coniuge che desidera subentrare lo può fare mantenendo al continuità di copertura inviando il modulo di adesione entro lo stesso mese. In caso contrario può iscriversi sempre ma perde la continuità della copertura. Non è richiesto il pagamento della quota parte destinata alla copertura morte ogni causa.

#### d. Sospensione delle prestazioni

In caso di morosità nel pagamento dei contributi mensili superiore a due mensilità, tutte le prestazioni oggetto del presente Regolamento vengono automaticamente ed insindacabilmente sospese.

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

#### e. Riattivazione delle prestazioni

**Le prestazioni sospese nei termini di cui al punto d) saranno riattivate dopo il pagamento delle quote arretrate.**

Se il pagamento perviene entro il giorno 21 del mese, la riattivazione avrà effetto dal primo giorno del mese successivo; altrimenti la riattivazione avrà effetto dal primo giorno del secondo mese successivo al versamento. Il socio dovrà produrre una dichiarazione attestante la conoscenza di eventuali patologie sofferte nel periodo di sospensione e la volontà di riattivare le coperture per sé e, o i suoi familiari.

#### f. Esclusione

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

1. false, inesatte o reticenti dichiarazioni rese allo scopo di fruire indebitamente delle prestazioni;
2. presentazione, ai fini del rimborso, di documentazione sanitaria alterata o non veritiera
3. reiterata e, o continuata morosità (vedi precedente punto d).
4. contegno del Socio che si ponga in contrasto con i principi suvisti (L'Etica di Galeno)

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

## Articolo 5. Il circuito virtuoso

### a. La determinazione dei saldi attivi

Ogni anno, sulla base di un accordo rinnovabile annualmente, Galeno procede, di concerto con l'Istituto assicurativo con cui sono stati sottoscritti i contratti assicurativi volti a garantire le prestazioni verso i Soci, ad effettuare il bilancio dell'anno precedente. Tutti i soci sono chiamati a contribuire al positivo andamento tecnico delle prestazioni oggetto del meccanismo del circuito virtuoso **ricorrendo preferibilmente al Servizio sanitario nazionale**. Galeno incentiva l'utilizzo del Servizio sanitario nazionale con l'erogazione di una diaria sostitutiva.

### b. La ripartizione dei saldi attivi

Il suvvisto Istituto, qualora riconosciuto il positivo andamento tecnico delle garanzie, destina a Galeno risorse utili a:

- incrementare con versamenti una tantum la posizione individuale di risparmio previdenziale o di previdenza complementare dei soci non aderenti al piano Cent'anni;
- realizzare accantonamenti per alimentare il piano Cent'anni;
- destinare risorse a progetti speciali della cooperativa;
- applicare sconti sulle medesime polizze

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

Alla fine di ciascun esercizio il consiglio di amministrazione di Galeno delibera la ripartizione dei saldi attivi, dandone comunicazione a ciascun socio beneficiario.

Partecipano alla ripartizione dei saldi attivi:

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

somma complessiva inferiore a 516,46 euro.

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

## Articolo 6. Il piano di solidarietà

Il piano di solidarietà è alimentato:

- dall' 1% (uno per cento) trattenuto sulle somme destinate ai rimborsi delle spese sanitarie o da infortunio;
- dalle quote destinate a Galeno comprese nel contributo *una tantum* pagato al momento della costituzione del rapporto sociale;
- da lasciti testamentari;
- da donazioni, secondo termini e modalità previsti dalla normativa di riferimento.

Il consiglio di amministrazione può destinare il piano in questione:

- a copertura di prestazioni finanziarie di natura assistenziale di Soci con rapporto sociale incardinato da almeno un anno, in accertati casi eccezionali di bisogno;
- ad iniziative comunque connesse alla funzione sociale, di solidarietà e mutualista propria di Galeno

## Articolo 7. Il piano Cent'anni

### a. Norme comuni

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

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

L'adesione al piano Cent'anni contempla l'applicazione di uno sconto sulla

copertura sanitaria. Tale sconto (bonus) è calcolato percentualmente sull'importo di 512,64 euro, a prescindere dallo status (singolo o con famiglia) con cui si accede al piano Cent'anni. Lo sconto previsto è pari ad un punto percentuale dell'importo di 512,64 euro per ogni anno di appartenenza a Galeno da parte del socio. La quota di contribuzione del piano (sconto sulla copertura sanitaria), è applicata in valore assoluto ed è fissa per tutti gli anni successivi di permanenza nel piano Cent'anni.

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

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

## **b. Finanziamento del piano**

Il programma è reso possibile da un piano di accantonamento pluriennale alimentato attualmente da 4,30 euro mensili provenienti dal contributo mensile di ciascun socio e da eventuali versamenti provenienti dalla ripartizione dei saldi attivi (circuiti virtuosi). Tali accantonamenti rimangono nella disponibilità del piano anche in caso di decesso o di uscita anticipata del socio e vengono destinati, secondo criteri di prudenza, a strumenti di investimento a basso rischio.

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

## **Articolo 8. Assistenza ai soci**

### **Il servizio assistenza soci**

Il Servizio Assistenza Soci fornisce ogni tipo di informazione e di assistenza relativamente:

- ai servizi e alle prestazioni
- alla situazione contributiva
- alle procedure di rimborso
- alle integrazioni delle coperture per i soci titolari

- all'estensione delle coperture per i familiari del nucleo
- in generale, con riguardo qualsiasi problematica possa avvenire nell'ambito del rapporto sociale con Galeno.

Il socio 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](mailto:backoffice@cassagaleno.it)

a mezzo pec per l'invio di documenti, modulistica compilata e comunicazioni ufficiali a [galeno@pec.cassagaleno.it](mailto:galeno@pec.cassagaleno.it)

- l'ufficio Gestione Sinistri

a mezzo email [sinistri@cassagaleno.it](mailto:sinistri@cassagaleno.it)

Per richieste generiche [backoffice@cassagaleno.it](mailto:backoffice@cassagaleno.it)

Sito internet: [www.cassagaleno.it](http://www.cassagaleno.it)

Sede legale e operativa: Via Parigi 11, 00185 Roma

Sede secondaria: Via Piave 15, 00187 Roma

## Articolo 9. Modifica delle modalità e limiti di assistenza

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

## Articolo 10. Controversie

Le eventuali controversie (ad esempio sulla natura delle lesioni, sulle loro conseguenze o sul grado di invalidità permanente o di perdita dell'autosufficienza) saranno gestite in conformità con quanto previsto dalle fonti normative e contrattuali.

Il socio si obbliga inderogabilmente ad adire il Foro di Roma nell'ipotesi di contenzioso avviato dallo stesso nei confronti di Galeno per controversie comunque attinenti l'interpretazione e l'esecuzione dell'intero Regolamento.

## Articolo 11. Ricevute e dichiarazioni fiscali

Ai fini dei benefici fiscali previsti dalla normativa vigente, Galeno renderà disponibili a tutti i soci all'interno dell'area riservata del portale web 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 di Galeno trasmettere ai soci aderenti la certificazione valida a fini fiscali dei contributi versati.

Galeno provvederà inoltre annualmente a rendere disponibile, all'interno dell'area riservata del sito web di Galeno, la rendicontazione dell'importo versato a titolo di contributo annuo.

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

## Articolo 12. Richiesta di prestazioni e liquidazione dei danni

Il socio o, in difetto, i suoi familiari sono tenuti a comunicare al servizio gestione sinistri per iscritto mediante PEC (Posta elettronica certificata) all'indirizzo [gestioneesinistri@pec.cassagaleno.it](mailto:gestioneesinistri@pec.cassagaleno.it), pena quanto previsto dall'articolo 1915 del codice civile, l'evento coperto da copertura, 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 con ricevuta di ritorno e PEC ([gestioneesinistri@pec.cassagaleno.it](mailto:gestioneesinistri@pec.cassagaleno.it)).

Galeno, ha facoltà di richiedere i referti degli accertamenti. I soci devono fornire al servizio assistenza soci ogni necessaria informazione o documentazione, ovvero consentirne l'acquisizione da parte, sciogliendo dal

segreto professionale i medici che li hanno visitati e curati.

La mancata ottemperanza agli obblighi che precedono e, o, il rifiuto di sottoporsi alle verifiche di cui sopra comportano la definitiva perdita del diritto al rimborso/erogazione della prestazione.

## Articolo 13. Privacy. Tutela dei soci rispetto al trattamento dei dati personali (Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679

- "GDPR" - disponibile su [www.cassagaleno.eu](http://www.cassagaleno.eu))

21

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 14. Organi istituzionali e operativi

### **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

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

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

\* Il contributo pubblicato in tabella per la fascia di età che va dai 25 anni ai 33 anni riporta uno sconto per l'anno 2026 in quanto Galeno si fa carico del costo della copertura di responsabilità civile professionale (Paracadute)

# Piano Cent'anni

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

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

# Regolamento OMBRELLO

26



## Articolo 1. Oggetto del regolamento

Il presente regolamento disciplina il funzionamento della gestione denominata “Ombrello”, di Galeno società mutua cooperativa, società in seguito più brevemente indicata come o “Galeno”, in attuazione dello statuto vigente. In questo senso, Galeno eroga le seguenti prestazioni:

### a. assistenza sanitaria

1. in forma indiretta, mediante il rimborso, nei limiti inderogabilmente fissati nel “Tariffario” disponibile sul portale web di Galeno;
2. in forma diretta;
3. in forma mista effettuata in strutture convenzionate, ma erogate da medici non convenzionati.

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

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

Sono comprese anche:

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

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

### b. assistenza in caso di non autosufficienza

Si configura come prestazione sociale a rilevanza sanitaria che ha il fine di favorire autonomia e permanenza a domicilio alle persone non autosufficienti. L'assistenza in caso di non autosufficienza è denominata Ltc Rimborso.

Questa forma di assistenza è riservata a tutti i soci compresi gli aderenti al Piano cent'Anni. Essa provvede al rimborso di un importo mensile.

### c. assistenza odontoiatrica

In forma diretta per prestazioni di prevenzione e interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero dopo registrazione su portale Blue Assistance. Tale prestazione è riservata in via automatica al socio con status singolo e al socio e a tutto il suo nucleo familiare quando lo status del socio è con famiglia ed è accessibile attraverso la centrale operativa Blue Assistance (800-133316). È possibile accedere a prestazioni non comprese nella copertura richiedendone alla centrale operativa la prenotazione a tariffe agevolate nell'ambito del network di strutture convenzionate con Blue Assistance.

28

### d. Integrazioni

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

#### a. Assistenza sanitaria in forma rimborsuale e diretta

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

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

Ltc Rimborso

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

Ltc Rendita

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

## Articolo 2. L'assistenza sanitaria

### a. Limiti territoriali e decorrenza delle prestazioni

Le prestazioni sanitarie possono essere fruite sia in Italia che all'estero, sempre nei limiti del tariffario. L'assistenza è erogabile anche ai soci residenti stabilmente all'estero.

La copertura decorre: dal 1° giorno del mese successivo alla delibera di accettazione della domanda di adesione del socio 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/altri test diagnostici prenatali;
- villocentesi e test prenatali non invasivi alternativi (quali, ad esempio, B test e Prenatal Safe);
- tutte le prestazioni sanitarie sul nascituro fino al momento della nascita, per manifestate malattie e, o lesioni dello stesso;
- le spese legate alla correzione della miopia grave, oltre 6 diottrie, con il sottolimito onnicomprensivo di laserterapia e tutti gli esami collegati pre e post intervento, di 1.500,00 euro per anno e per nucleo (elevato a 2.500,00 euro qualora l'intervento di correzione della miopia riguardi entrambi gli occhi e sia posto in essere in via contestuale con riguardo gli occhi).
- dal momento della nascita per i neonati, solo se già nella copertura prevista per l'adesione con nucleo.

## b. Definizioni

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

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

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

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

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

**Assistenza:** l'aiuto in denaro o in natura, fornito al socio e al suo familiare che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

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

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

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

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

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

**Difetto fisico:** Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo 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 Galeno si impegna a prestare nei confronti del socio per le relative garanzie e, o prestazioni previste.

**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 prestatati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria e in day hospital che in terapia intensiva.

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

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

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

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

**Terapie:** 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. È 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 evidenzia: i) la dose, la tipologia e il costo di ogni singolo farmaco utilizzato; ii) il costo sostenuto dall'Ente sanitario per l'acquisto dei singoli farmaci, con evidenza anche 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) devono 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).

**Galeno 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) Galeno 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 il 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 si rimborsa**

Galeno 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 Galeno, 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 del soggetto sarà ricompresa nell'ambito dei limiti previsti nel tariffario di Galeno per onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, i diritti di sala operatoria, le rette di degenza. Si precisa che le richieste di rimborso delle spese mediche e ospedaliere sostenute dal socio sono ricevute e istruite dall' Ufficio sinistri, sono sottoposte alla valutazione dei consulenti del comitato scientifico e poi inviate alla Compagnia di assicurazione partner di Galeno che, previa propria istruttoria che non può essere in alcun modo sindacata da parte di Galeno, ne dispone il pagamento. 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 altra polizza assicurativa, verrà corrisposta un'indennità sostitutiva forfetaria di 150,00 euro per ciascun pernottamento in caso di ricovero e in caso di Pronto Soccorso a partire dalla seconda notte.

Verrà corrisposto l'importo di € 80,00 in caso di Day Hospital anche esteso a day service/PAC (prestazioni ambulatoriali complesse), MAC (macroattività ambulatoriale complessa), OBI (osservazione breve intensiva). Le indennità di cui sopra opereranno per un massimo di 180 giorni per anno assicurativo. Inoltre, per i ricoveri in riabilitazione post-acuzie in strutture del Servizio sanitario Nazionale o da esso accreditate, verrà corrisposta – nel limite di 35.000 euro per anno e per nucleo - un'indennità sostitutiva forfetaria di € 100,00 al giorno.

Nel caso di parto non cesareo l'indennità verrà erogata per un periodo massimo di 5 giorni per evento.

Oltre la diaria giornaliera sostitutiva verranno liquidate le seguenti prestazioni:

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

ii. per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici rieducativi e cure termali (escluse le spese alberghiere), apparecchi per fisioterapia, con il massimo di 310,00 euro per sinistro e per anno, effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero reso necessario dalla malattia che ha determinato il ricovero, 50 giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno con intervento chirurgico o in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, 30 giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno senza intervento chirurgico; nei 120 giorni successivi alla cessazione, se il ricovero è stato reso necessario da infortunio; nei 180 giorni successivi alla cessazione se il ricovero è avvenuto in conseguenza di gravi mali. Si ricorda che per particolari prestazioni vige quanto specificato nelle definizioni sotto la voce "terapie" (alle pp. 31 e 32).

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,

il socio opererà per un'unica modalità risarcitoria: o il rimborso delle spese sostenute oppure l'indennità sostitutiva comunque per l'intero periodo.

## II. Ricovero in regime privato

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

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

Per rette di degenza in day-hospital viene previsto un limite di rimborso di € 220,00 al giorno con un massimo di 200 giorni per anno assicurativo e per nucleo familiare. Il limite suindicato verrà ridotto nella misura del 20% nel caso in cui la degenza si protragga oltre il 40° giorno di ricovero anche per ricoveri non continuativi connessi al medesimo evento patologico. Il comitato scientifico, durante la degenza del socio nella struttura sanitaria, si riserva la facoltà di effettuare verifiche sul decorso, direttamente o tramite un consulente di fiducia. La struttura sanitaria è tenuta a comunicare, documentare e motivare l'eventuale trasferimento di un paziente dal reparto di degenza ordinaria al reparto di terapia intensiva. Le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura, per un periodo non superiore ai 100 giorni, per ogni evento e con il limite giornaliero di 70,00 euro.

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

Non sono comprese 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 ed insindacabilmente valutare di escludere, o di parzialmente escludere, l'erogazione di somme con riguardo taluni materiali, qualora venga riscontrata una incongruità rispetto alla prestazione sanitaria di cui si chiede il ristoro, fornendo in questo senso motivazione nei confronti del socio e/o della struttura convenzionata. Si ricorda che per particolari prestazioni vige quanto specificato nelle definizioni sotto la voce "terapie" (alle pp. 31 e 32).

vii. per ostetricia (rimborsi massimi per sinistro e per anno senza applicazione dello scoperto 19%): parto naturale 5.000,00 euro, parto cesareo (omnicomprensivo) 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 massi-mali previsti per il parto naturale e per quello cesareo sono:

	<b>Parto gemellare</b>	<b>Parto plurigemellare</b>
<b>Naturale</b>	7.500 euro	8.750 euro
<b>Cesareo</b>	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. 31 e 32).

**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 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**

Diverse strutture private, su tutto il territorio nazionale (vedi elenco sul sito di Galeno), sono convenzionate. In ragione di ciò, qualora il socio o i familiari del suo nucleo usufruiscano di prestazioni sanitarie presso dette strutture convenzionate, Galeno provvede a rimborsare direttamente la struttura privata entro i limiti previsti dal tariffario. Ai fini della concessione dell'autorizzazione da parte di Galeno all'intervento o alle prestazioni in regime di convenzionamento diretto, il socio deve inderogabilmente inviare all'indirizzo a PEC [gestioneministri@pec.cassagaleno.it](mailto:gestioneministri@pec.cassagaleno.it), almeno otto giorni prima, il modulo di richiesta rinvenibile sul portale web di Galeno, 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, la data di insorgenza dei sintomi e, o della patologia per la quale si richiede la prestazione. In ogni caso tutta la documentazione da accludere alla domanda è individuata nell'ambito dello specifico modulo di richiesta.

Si fa presente che non è ricevibile la documentazione per il rimborso o la autorizzazione all'accesso in strutture convenzionate con Galeno se consegnata a mano.

È inoltre imprescindibile, a pena di interruzione dell'iter propedeutico all'effettuazione della prestazione sanitaria in via diretta, 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 del socio per la voce di intervento. In caso di ricovero per prestazioni chemioterapiche, è necessaria inoltre l'acquisizione della documentazione già indicata al punto "definizioni" (v. sopra).

Qualora il suddetto preventivo presenti un importo superiore a quello massimo fissato nel Tariffario, l'eventuale somma eccedente non potrà in ogni caso essere rimborsata da Galeno e sarà posta a carico del socio.

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

È espressamente esclusa ogni responsabilità, sia sotto il profilo civile che penale, 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.

Il socio e/o l'appartenente al nucleo familiare non potranno pertanto agire nei confronti di Galeno in siffatta ipotesi.

#### **IV. Ricovero in regime misto**

Se durante il ricovero il socio usufruisce di prestazioni in regime misto (in parte a carico del Servizio sanitario nazionale e in parte in regime privato),

quanto speso in regime privato sarà rimborsato con le medesime modalità indicate al punto II. Se il ricovero avviene in una struttura convenzionata con Galeno, 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 il ricovero in regime di intramoenia sono assimilate a quelle usufruite in regime privato e rimborsabili secondo quanto previsto al precedente punto II. Il ricorso anche parziale al regime privato esclude la possibilità di usufruire della diaria sostitutiva da ricovero.

## V. Interventi chirurgici concomitanti e contemporanei

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

## VI. Extraricovero

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

ii. Qualora le prestazioni siano usufruite al di fuori del Servizio sanitario nazionale o di strutture con esso convenzionate, ovvero in regime di intramoenia, i rimborsi sono previsti, entro il già menzionato limite di 6.500,00 euro per anno assicurativo e per nucleo familiare di cui alla precedente sezione c, secondo i limiti del tariffario.

Vengono rimborsate al 100% le spese sostenute per:

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

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

- agoaspirato
- angiografia (compresa arteriografia e flebografia)
- colposcopia
- campo visivo
- diagnostica ecografica
- diagnostica radiologica e di medicina nucleare
- doppler, ecodoppler e ecocolor Doppler
- Driapreggyn
- 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 a emissione di fotone singolo (spet)
- tomografia a emissione di positroni (Pet)
- tomografia computerizzata, angiotac e angiospiraltac
- trattamento con qualsiasi tecnica chirurgica, microchirurgica, strumentale, con esclusione, quindi, della terapia medica, di lesioni cutanee/mucose non estetiche di origine virale potenzialmente invasive e/o di natura precancerosa.
- uroflussimetria

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

Risultato della colonscopia	Timing del primo follow-up
<b>NON meritevoli di sorveglianza</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nessun polipo,</li> <li>• asportazione completa di 1-4 adenomi, &lt; 10 mm, con displasia di basso grado, indipendentemente dalla componente villosa,</li> <li>• asportazione completa di qualsiasi polipo serrato &lt; 10 mm senza displasia</li> </ul>	<p>a 5 anni:</p> <p>colonscopia o ritornano al percorso di screening regionale</p>
<b>Meritevoli di sorveglianza</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• asportazione completa di almeno un adenoma ≥ 10 mm,</li> <li>• qualsiasi polipo con displasia di alto grado, ≥ 5 adenomi,</li> <li>• qualsiasi polipo serrato ≥ 10 mm o con displasia</li> </ul>	<p>a 3 anni:</p> <p>colonscopia</p>

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

Riguardo alle prestazioni di terapia fisica e riabilitativa vengono rimborsate:

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

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

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

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

Per il **trattamento dell'infertilità** l'importo riportato nel tariffario, pari a 1.549,00 euro, va inteso come rimborso massimo onnicomprensivo e accessibile non più di due volte (ciascuna per l'importo massimo di 1.549,00 euro) nell'intero periodo di sussistenza del rapporto sociale con Galeno. 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 terapeutico o 103,00 euro per ogni seduta e con il limite di 2.582,00 euro per anno e comunque nell'ambito del massimale garantito per le spese extraricovero
- terapia psicologica: supporto psicologico, fornito da psicologo abilitato con il massimo annuo di 500,00 euro.

Tutte le terapie (radianti, chemioterapiche ed altre), rese necessarie dalla malattia, sostenute entro due anni dalla diagnosi sono rimborsate al 100% senza applicazione dello scoperto del 19%. Inoltre, la radioterapia fruita in ambito extra ricovero e in regime pubblico è sostenuta con una diaria di 40,00 euro per seduta. Quando i trattamenti di radioterapia sono erogati in ambito privato, il sottolimito applicato per anno e per persona è di 15.000,00 euro. Si ricorda che per particolari prestazioni vige quanto specificato nelle definizioni sotto la voce "terapie" (alle pp. 32 e 33).

### iii. Medicina oncologica preventiva

Galeno 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 **uno a scelta** delle seguenti prestazioni equivalenti:

- Test HPV ricerca e tipizzazione DNA
- Test HPV ricerca e tipizzazione mRna
- Proteina P16
- Ricerca Proteina L1

#### 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

Galeno provvede al pagamento delle spese delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi una volta all'anno per persona:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Nel caso di stato di sindrome metabolica conclamata, il socio potrà effettuare una visita cardiologica.

### VII. Gravidanza

Nell'ambito dei massimali di cui al precedente punto II, in caso di ricovero ed extraricovero, rientrano nell'ambito delle prestazioni oggetto di copertura esclusivamente:

- l'amniocentesi
- la villocentesi
- test prenatali non invasivi (come a titolo meramente esemplificativo 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 nel novero delle prestazioni, come prestazioni extra ricovero, tre ecografie, di cui una morfologica, alle tariffe previste dal tariffario, e tre monitoraggi (cardiotocografie), sempre alla tariffa prevista nel tariffario di Galeno.
- tutte le prestazioni sanitarie sul nascituro fino al momento della nascita, per manifestate malattie e, o lesioni dello stesso. Tali prestazioni decorrono a partire dal trecentunesimo giorno successivo a quello d'inizio delle altre prestazioni.

### VIII. Infortuni

In caso di infortunio che comporti un ricovero (con almeno un pernottamento

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

## **IX. Diaria post ricovero per gravi mali**

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

## **X. Assegno exitus**

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

## **e. Che cosa non si rimborsa**

I. Le spese conseguenti alle patologie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di malformazioni e, o difetti congeniti/genetici, ad eccezione dei neonati assicurati, per i quali la copertura 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;

II. le spese legate a patologie preesistenti, ovvero quelle patologie diagnosticate e quindi conosciute dal socio e dall'appartenente al nucleo familiare al momento dell'adesione a Galeno. 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 evidenzia la non rimborsabilità delle voci stante la sussistenza delle patologie pregresse di cui sopra;

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

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

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

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

**VII.** le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetto fisico preesistente all'ingresso in Galeno 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;

**VIII.** gli interventi e le applicazioni di carattere estetico e conseguenze medico-chirurgiche, ferma restando la rimborsabilità degli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva in conseguenza diretta di malattia o infortunio avvenuti durante il periodo di adesione a Galeno;

**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 unico 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 copertura è prestata con una carenza di 301 giorni dall'adesione a Galeno;

**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; cure delle malattie mentale e dei disturbi psichici in genere (compresi quelli del comportamento alimentare, della personalità, dei comportamenti nevrotici, delle sindromi ansiose e/o depressive); psicoterapia (ad eccezione di quanto previsto per le malattie oncologiche maligne) e psicoanalisi

**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

**XVI.** V. Extraricovero. Non rientrano nelle malattie oncologiche senza ricovero i trattamenti delle neoplasie benigne ad eccezione di quelle compressive e, o compromissive.

**XVII.** 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.

**XVIII.** 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 del socio/membro nucleo familiare all'atto del ricovero/DH, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
- i ricoveri causati dalla necessità del socio/membro nucleo familiare infermo di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza, intendendo per tali quelli determinati da condizioni fisiche che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale;
- i ricoveri per l'interruzione volontaria della gravidanza.

### Articolo 3. Ltc - Long term care

#### Ltc Rimborso

Questa forma di assistenza in caso di non autosufficienza opera a favore di tutti i Soci Galeno che, alla data di effetto della copertura, soddisfano i requisiti previsti.

La copertura può essere estesa ai familiari maggiorenni del nucleo familiare del socio, secondo termini e modalità previste per inclusioni ed esclusioni.

L'istruttoria concernente il sinistro viene però interamente svolta da Reale

Mutua Assicurazioni, 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.

## a. Forma di assistenza

Nel limite del massimale mensile di Euro 1.050,00:

- per una durata massima di 10 anni, qualora l'età del socio/membro nucleo familiare al momento dell'accertamento dello stato di non autosufficienza sia pari o inferiore a 69 anni;
- per una durata massima di 5 anni, qualora del socio/membro nucleo familiare al momento dell'accertamento dello stato di non autosufficienza sia superiore a 69 anni.

Galeno, tramite la rete di strutture convenzionate, assiste il socio/membro nucleo familiare quanto all'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio-assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute nei limiti previsti.

La richiesta di attivazione deve essere effettuata contattando la Centrale Operativa Blue Assistance al numero verde 800 133 316 (dall'estero: +39 011 7417122), entro 2 settimane da quando si ritiene maturato lo stato di non autosufficienza.

L'indennizzo viene riconosciuto qualora il socio/membro nucleo familiare sia in vita dopo 60 giorni dalla denuncia scritta dello stato di non autosufficienza.

Le garanzie operano per stati di non autosufficienza insorti dalle ore 00:00 del 01/01/2026 e fino alla scadenza contrattuale.

Sono esclusi gli stati di non autosufficienza documentati, descritti o riconosciuti in ambito pubblico o privato alla data del 01/01/2026.

## b. Definizioni

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza il socio/membro nucleo familiare il cui stato clinico venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana:

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

- nutrirsi

Per ogni attività viene attribuito un punteggio secondo lo schema di seguito riportato.

Lo stato di non autosufficienza permanente si riconosce quando il punteggio totale raggiunge almeno 40 punti.

## Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza

Atti elementari della vita quotidiana

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

Vestirsi e svestirsi	Punteggio
<b>1° grado</b> Il soggetto è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	0
<b>2° grado</b> Il soggetto necessita di assistenza per vestirsi e, o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e, o per applicare/togliere una protesi	5
<b>3° grado</b> Il soggetto necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e, o svestirsi togliere a capo e, o applicare/togliere una protesi e, o applicare/togliere una protesi	10

Andare al bagno e usarlo	Punteggio
--------------------------	-----------

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

<b>Continenza</b>	<b>Punteggio</b>
<p><b>1° grado</b>          Il soggetto è completamente continente</p>	0
<p><b>2° grado</b>          Il soggetto presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno</p>	5
<p><b>3° grado</b>          Il soggetto è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia</p>	10

<b>Nutrirsi</b>	<b>Punteggio</b>
<p><b>1° grado</b>          Il soggetto è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti</p>	0
<p><b>2° grado</b>          Il soggetto necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sminuzzare/tagliare cibo</li> <li>• sbucciare la frutta</li> <li>• aprire un contenitore/una scatola</li> <li>• versare bevande nel bicchiere</li> </ul>	5
<p><b>3° grado</b>          Il soggetto non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale</p>	10

## Condizioni di operatività

I soggetti non devono essere affetti da Alzheimer, Parkinson o Parkinsonismi, sclerosi multipla, SLA, demenze vascolari acute o croniche, diabete complicato da neuropatie o angiopatie, ipertensione non controllata o controllabile solo con almeno tre farmaci.

Non devono inoltre essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV o epatite cronica.

Per i soli assicurati già in copertura senza soluzione di continuità su precedente polizza, le suddette limitazioni si intendono operanti a decorrere dalla data di copertura della predetta polizza

51

### c. Prestazioni

Rientrano nell'ambito di cui sopra le seguenti prestazioni:

- Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);
- Prestazioni sanitarie e socio-assistenziali tramite rete convenzionata;
- Rimborso in caso di permanenza in RSA;
- Rimborso per Adeguamento Domestico.

#### Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)

In caso di riconoscimento dello stato consolidato viene attivato un numero verde dedicato h24 e un Case Manager redige il PAI integrato con eventuali servizi pubblici.

La società autorizza, prenota o liquida le prestazioni entro il massimale mensile e rilascia documento analitico delle prestazioni a carico della Società, di quelle eventualmente a tariffa agevolata e di quelle non riconosciute.

La società monitora l'andamento del PAI e può modificarlo in funzione dell'evoluzione clinica.

#### Permanenza in RSA

Qualora il soggetto sia assistito in RSA e non possa usufruire delle prestazioni domiciliari, la Società rimborsa, entro il massimale mensile, esclusivamente la retta mensile.

## Adeguamento Domestico

Per i soggetti in stato di non autosufficienza consolidata è previsto un massimale autonomo una tantum di Euro 3.000,00 per interventi strutturali necessari all'adattamento dell'abitazione.

Sono comprese opere su porte, sanitari, eliminazione barriere architettoniche, servoscala, adeguamenti impiantistici, ampliamenti funzionali e altri interventi strettamente connessi allo stato di non autosufficienza.

Sono escluse spese per ausili mobili, arredi, elettrodomestici o spese non espressamente previste.

Il rimborso è subordinato all'accertamento dello stato consolidato, alla presentazione di fatture quietanzate, alla conformità alle normative edilizie vigenti e alla residenza stabile dell'Assicurato nell'immobile adeguato.

### d. In quali casi il rimborso non viene erogato

Non è possibile procedere al rimborso qualora lo stato clinico sia soggetto alle conseguenze:

1. di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
2. di tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
3. di malattie / infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
4. di partecipazione attiva ad atti criminali;
5. del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che il soggetto di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
6. di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali il soggetto ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
7. dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo o di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
8. di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo e simili, comprese gare e prove;
9. di prestazioni mediche a finalità estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi indennizzabili;

10. di infortuni causati da azioni dolose del soggetto;
11. di prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, cure sperimentali e medicinali biologici;
12. di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, eventi atmosferici;
13. di tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
14. dirette o indirette di pandemie.

## e. LTC temporanea

Ai Soci, con età minima di 18 anni che risultino regolarmente in copertura e che soddisfino i requisiti previsti, che siano temporaneamente non autosufficienti è riconosciuto un importo di Euro 1.000,00 mensili per una durata massima di 6 mesi.

53

Galeno corrisponde l'importo mensile sopra indicato qualora il soggetto venga riconosciuto in stato di non autosufficienza temporanea, come di seguito definito, insorto durante il periodo di validità della copertura.

Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea

È riconosciuto in stato di non autosufficienza temporanea il soggetto il cui stato di salute non sia giudicato consolidato e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica totale di compiere autonomamente almeno tre dei seguenti atti ordinari della vita:

- igiene personale;
- nutrirsi;
- spostarsi, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio;
- vestirsi (compresa la capacità di mettere o togliere eventuali protesi ortopediche abitualmente utilizzate).

Il soggetto deve inoltre necessitare temporaneamente, ma in modo costante:

- dell'assistenza di un terzo per servizi di cura a domicilio; oppure
- di sorveglianza medica o infermieristica prestata in regime di ricovero.

Non sono considerati in copertura gli eventi o sinistri che diano origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata.

Condizioni

Le somme in questione non possono essere erogate in favore delle persone che:

1. abbiano già bisogno dell'aiuto di un terzo per uno o più atti ordinari della vita (spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi);

2. siano titolari, abbiano richiesto o abbiano ottenuto riconoscimento di invalidità civile pari o superiore al 40%;
3. siano affette da Alzheimer, Parkinson o Parkinsonismi, sclerosi multipla, SLA, demenze su base vascolare acute o croniche, diabete complicato da neuropatie o angiopatie, ipertensione non controllata o controllabile solo con almeno tre farmaci;
4. siano affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV o epatite cronica.

L'istruttoria concernente il sinistro viene però interamente svolta da Reale Mutua Assicurazioni, 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 4. Assistenza odontoiatrica

### a. Accesso all'assistenza odontoiatrica

#### I. Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione)

In deroga alle suvviste esclusioni dalla rimborsabilità, Reale Mutua Assicurazioni provvede direttamente al pagamento di un "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno presso strutture convenzionate disponibili sul portale [www.blueassistance.it](http://www.blueassistance.it), previa prenotazione attraverso la centrale operativa Blue Assistance (800-133316) dopo registrazione su portale.

Il pacchetto comprende:

- ablazione del tartaro sopra gengivale, con eventuale visita orale, mediante ultrasuoni o, se necessario, diverso trattamento di igiene orale.

L'istruttoria concernente il sinistro viene però interamente svolta da Reale Mutua Assicurazioni, 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.

Qualora, in relazione alla condizione clinica del soggetto, il medico chiamato da Reale Mutua Assicurazioni ad istruire la pratica riscontri la necessità di una seconda seduta nello stesso anno assicurativo, la Società Reale Assicurazioni provvede alla liquidazione anche della seconda prestazione, previa preventiva comunicazione.

Restano a carico del soggetto eventuali ulteriori prestazioni richieste.

Le spese vengono liquidate direttamente dalla Società alla struttura convenzionata.

## b. Massimali e prestazioni garantite

In deroga alle esclusioni contrattuali la Società Reale liquida le spese sostenute per interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero e per prestazioni di implantologia dentale, purché conseguenti alle seguenti patologie:

- adamantinoma;
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;
  - cisti follicolari;
  - cisti radicolari;
  - odontoma.

Condizioni di operatività:

- prestazioni erogabili esclusivamente presso Centri Odontoiatrici convenzionati;
  - liquidazione diretta alla struttura;
  - assenza di scoperti o franchigie;
  - prescrizione medica con indicazione della patologia.

Massimale annuo:

Euro 4.500,00 per nucleo familiare.

### III. Prestazioni a tariffe agevolate

Qualora una prestazione non rientri tra quelle in copertura o sia eccedente i massimali previsti, il soggetto può accedere presso i Centri convenzionati a tariffe riservate agli assistiti Blue Assistance, tramite apposito voucher.

## c. Che cosa non si rimborsa

Sono sempre escluse le protesi estetiche e i trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche, nonché:

-cure e/o interventi per eliminazione e correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti;

-cura delle malattie mentali e dei disturbi in genere, compresi comportamenti nevrotici;

-tutte le prestazioni odontoiatriche, nonché interventi chirurgici ed accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;

-prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia

- plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni ovvero da interventi demolitivi avvenuti successivamente all'inquadramento quale socio Galeno;
- trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcol o psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dal socio/membro gruppo familiare con dolo o colpa grave;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

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

Ferme restando le disposizioni normative sopra descritte per ogni singola copertura, è consentito ai soci di integrare il piano automatico come segue:

### a. Assistenza sanitaria

L'integrazione della copertura sanitaria prevede la possibilità di inserire 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. Tale copertura cessa al compimento del settantesimo anno del socio e comunque all'ingresso nel Piano Cent'anni del socio stesso, anche per i familiari che ne godano nella forma "con nucleo". Possono usufruire di ciò tutti i soci con i rispettivi nuclei familiari fino al compimento del settantesimo anno di età da parte del socio, 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 copertura può essere richiesta al momento dell'iscrizione ovvero in un qualsiasi momento successivo al servizio assistenza soci. La copertura decorre dal primo giorno

del secondo mese successivo a quello in cui viene effettuata ed accettata la richiesta.

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

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

### 1. Ltc rimborso

Con le medesime garanzie valide per i soci (erogazione di una somma pari a 1.000,00 euro al mese per 5 o 10 anni a seconda dell'età) coniugi e figli maggiorenni possono assicurarsi con questa copertura alle seguenti condizioni economiche:

Fascia d'età	Premi annui
18-25	Euro 224,00
26-30	Euro 260,00
31-35	Euro 305,00
36-40	Euro 362,00
41-45	Euro 436,00
46-50	Euro 531,00
51-55	Euro 656,00
56-60	Euro 826,00
61-65	Euro 1059,00
66-69	Euro 1305,00
70-75	Euro 1821,00
76-80	Euro 2504,00
81-100	Euro 3656,00

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

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

## 2. Ltc rendita

Soci e familiari maggiorenni possono sottoscrivere volontariamente una formula di Ltc che garantisce l'erogazione di una rendita vitalizia rivalutabile, con una copertura temporanea o a vita intera che prevede i massimali sono diversi per assicurato e componente del nucleo familiare in qualunque momento si dovesse verificare lo stato di non autosufficienza.

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

### a. Limiti temporali e decorrenza delle prestazioni

Il limite temporale di fruizione della prestazione di non autosufficienza coincide con il 31 Dicembre dell'anno in cui il socio compie 70 anni di età per la copertura temporanea, salvo quanto previsto per l'accesso alla forma volontaria a vita intera. È previsto un periodo di carenza pari ai primi 90 giorni di copertura durante il quale, nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza, non sarà operante la copertura. La formula a vita intera prevede controllare in polizza il periodo di carenza che riscontriamo essere di 90 gg. . Conseguentemente, qualora, durante il periodo di carenza si verificasse la perdita di autosufficienza per gli eventi di cui sopra, la copertura 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 auto-sufficienza del socio e, o del familiare aderente relativi ad altri eventi.

### b. Definizioni

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

- I. muoversi nella stanza: sussiste un bisogno di assistenza qualora il socio, nonostante l'utilizzo di stampelle o una sedia a rotelle, necessiti dell'aiuto di un'altra persona
- II. alzarsi e mettersi a letto: sussiste un bisogno di assistenza qualora il socio non sia in grado di recarsi a letto o di lasciare il letto senza l'aiuto di un'altra persona
- III. vestirsi e svestirsi: sussiste un bisogno di assistenza qualora il socio non sia in grado di vestirsi o svestirsi senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di abiti idonei alla malattia
- IV. consumare cibi e bevande: sussiste un bisogno di assistenza qualora il socio non sia in grado di mangiare e di bere senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di posate e recipienti per bere idonei ai malati

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

**VI.** funzioni fisiologiche: si necessita dell'aiuto di altra persona stante l'impossibilità di espletare autonomamente le normali funzioni fisiologiche e tutti gli atti di elementare igiene personale.

### **c. Prestazioni**

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

### **d. In quali casi la rendita non viene erogata**

È escluso espressamente 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'adesione a Galeno;

**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.

### **e. Da quando la rendita viene erogata**

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

della rendita decorre:

- nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia dovuto ad infortunio, intendendo per tale l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili a partire dalla prima corresponsione di rata immediatamente successiva alla data di denuncia della perdita di autosufficienza;
- nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia conseguente all'insorgenza della malattia di Alzheimer o 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 adesione a Galeno;
- 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 adesione a Galeno.

È inteso che il decesso del socio nel corso degli eventuali periodi di differimento della prestazione sopra descritti fa decadere il diritto al riconoscimento della prestazione.

Come da polizza aggiungere

#### **f. Fino a quando la rendita viene erogata**

La corresponsione della rendita cessa:

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

## Articolo 6. Dichiarazioni fiscali e rendicontazione sul contributo annuo versato

Ai fini della detraibilità fiscale Galeno renderà disponibili a tutti i soci all'interno dell'area riservata del sito [www.cassagaleno.it](http://www.cassagaleno.it) le dichiarazioni rilasciate dalla compagnia di assicurazione propria partner relative alle garanzie Ltc.

## Articolo 7. Richiesta di prestazioni

### Premessa

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

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

In caso di prestazioni plurime fruita nella medesima seduta (es. visita cardiologica ed ECG), ai fini del riconoscimento del rimborso, le stesse devono essere fatturate singolarmente con l'indicazione del costo unitario.

Non è previsto il rimborso per importi cumulativi e/o forfettari ad eccezione dei pacchetti autorizzati e formalizzati da Galeno all'interno del Tariffario (es. cataratta, parto...) o a seguito di specifici accordi contrattuali in essere con alcune Strutture convenzionate.

Il socio è tenuto a trasmettere all'Ufficio Sinistri:

- 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 mettere specialista di branca 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. "in caso di inabilità lavorativa assoluta temporanea comprovata da idonea documentazione.

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 dovrà essere fornita con relativa traduzione.

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 [gestionisinistri@pec.cassagaleno.it](mailto:gestionisinistri@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 la comunicazione avviene tramite l'inserimento nell'area riservata della lettera di 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, dedotto l'1 per cento destinato al piano di solidarietà.

## **b. Richiesta relativa alla copertura Ltc rendita**

La valutazione dello stato di non autosufficienza spetta alla compagnia assicurativa Reale Mutua Assicurazioni partner di Galeno, senza che quest'ultima possa in alcun modo sindacare le scelte dell'istituto assicurativo stesso. Al verificarsi della perdita permanente di autosufficienza, il socio e, o il suo familiare o altra persona che lo rappresenti, per il tramite di Galeno deve richiedere il riconoscimento dello stato di non autosufficienza. Specificare A pena di perdita totale o parziale del proprio diritto, il socio è tenuto a trasmettere all'Ufficio Sinistri, entro giorni quindici dall'insorgere dello stato di non autosufficienza, ovvero entro giorni quindici dal momento in cui il soggetto ne abbia avuto possibilità:

- I. un certificato del medico curante che attesti la perdita permanente di autosufficienza e tutta la documentazione medica in possesso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato
- II. una relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza

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

Dalla data di ricevimento di tale documentazione (data di denuncia), decorre il periodo in cui l'Istituto assicurativo in questione può esercitare la propria attività istruttoria. La compagnia assicurativa in questione, per il tramite di Galeno, si riserva comunque di richiedere al socio e, o al suo familiare ulteriori informazioni sulle predette cause nonché ulteriore documentazione medica. Ultimati i controlli medici viene o meno riconosciuto lo stato di non autosufficienza.

## **Ltc rimborso**

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

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza il soggetto, il suo amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla sua cura, procedono a contattare il numero verde gratuito 800133316 e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili, e il fascicolo di richiesta apertura del sinistro da spedire a Blue

Assistance, Via San Dalmazzo 20/A, 10122 Torino a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Tra la documentazione necessaria per le finalità suesposte si ravvede:

- i. Il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- ii. Il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e suoi diritti firmato in calce;
- iii. il certificato del medico curante o del medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test Mms di Folstein);
- iv. il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente della persona;
- v. inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al Servizio sanitario nazionale è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- vi. qualora il soggetto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla compagnia di assicurazione tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

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

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

La compagnia di assicurazione partner avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza del soggetto da parte di un medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari. Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza

dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla compagnia di assicurazione quando:

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

## **Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza**

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

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

## **Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e, o socio assistenziali**

In caso di erogazione delle prestazioni di cui al punto Piano assistenziale individualizzato (Pai) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate/rimborso spese in caso di permanenza in residenza sanitaria assistenziale, avvalendosi quindi di strutture e, o di personale convenzionati, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.

La struttura e, o il personale convenzionati non potranno comunque richiedere all'assistito né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non previste, eccedenti la somma fissata o non autorizzate.

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

In caso di richiesta di rimborso spese, dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione compilato e firmato
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce
- il certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test Mms di Folstein)
- il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente della persona.
- inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al Servizio sanitario nazionale è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito
- qualora il soggetto abbia sostenuto uno o più ricoveri lo stesso dovrà inoltrare tutta la documentazione medica in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche. Il fascicolo dovrà inoltre contenere le fatture e, o ricevute relative alle rette di degenza in residenza sanitaria assistenziale.

## Elenco dei grandi interventi chirurgici

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

### GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI NEUROCHIRURGIA

- interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- interventi di cranioplastica
- intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- asportazione tumori dell'orbita
- asportazione di processi espansivi del rachide (intra e, o extramidollari)
- interventi per ernia del disco e, o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- interventi sul plesso brachiale

### OCULISTICA

- interventi per neoplasie del globo oculare

- intervento di enucleazione del globo oculare

## OTORINOLARINGOIATRIA

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

## CHIRURGIA DEL COLLO

- tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

## CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

## CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- interventi sul cuore per via toracotomica
- interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- asportazione di tumore glomico carotideo

## CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- interventi con esofagoplastica
- intervento per mega-esofago
- resezione gastrica totale
- resezione gastro-digiunale
- intervento per fistola gastro-digiunocolica
- colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- interventi di amputazione del retto-ano
- interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- drenaggio di ascesso epatico
- interventi per echinococchi 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 orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

## GINECOLOGIA

- isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e, o pelvica
- intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- interventi per costola cervicale
- interventi di stabilizzazione vertebrale
- interventi di resezione di corpi vertebrali
- trattamento delle dismetrie e, o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

## CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati ineriscono solo in caso di neonati rientranti nel novero della copertura dal momento della nascita)

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

## TRAPIANTI DI ORGANO

- tutti

## GRAVI MALI

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

# Regolamento SALVADANAIO Previdenza

70



## Articolo 1. Oggetto del regolamento

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

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

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

## Articolo 2. Previdenza integrativa

### a. Modalità di finanziamento

La posizione individuale al piano viene alimentata:

1. automaticamente, con una parte del contributo mensile variabile a seconda dell’età del socio;
2. dagli eventuali versamenti volontari integrativi del socio o dei suoi familiari maggiorenni, non inferiori a 312,00 euro l’anno, addebitati secondo la cadenza di pagamento prescelta.

### b. Riscatto

#### 1. Riscatto speciale

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

## 2. Riscatto parziale senza l'uscita dal piano

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

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

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

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

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

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

### Articolo 3. Previdenza complementare

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

Quanto accumulato nella propria posizione individuale inoltre, nel rispetto della normativa vigente, può essere trasferito in altro programma 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](http://www.cassagaleno.it) nella sezione Salvadanaio è possibile accedere, attraverso un link dedicato, alla documentazione informativa predisposta in ottemperanza alla normativa vigente.

### Articolo 4. Integrazioni

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

Ai soci è consentito estendere le coperture di cui ai punti precedenti per sé e

per i familiari maggiorenni del proprio nucleo inviando al servizio assistenza soci 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

75



## Articolo 1. Oggetto del regolamento

Il presente regolamento disciplina il funzionamento delle coperture denominate "Salvagente" di Galeno società mutua cooperativa -, in seguito più brevemente denominata ""Galeno".

Le coperture riguardano i seguenti rischi:

- a. temporanea caso morte (morte per ogni causa);
- b. morte e invalidità permanente da infortunio;
- c. invalidità permanente specifica da malattia.

## Articolo 2. Limiti temporali, territoriali e capitali previsti

Le coperture hanno limiti di età, regole di operatività territoriale e criteri di determinazione del capitale diversi a seconda della copertura.

### a. Temporanea caso morte

La copertura è prestata ai soli soci.

L'età anagrafica del soggetto alla decorrenza del contratto deve essere almeno pari a 18 anni e l'età assicurativa alla scadenza non deve essere superiore a 71 anni.

Il rischio morte è coperto senza limiti territoriali.

Il capitale previsto è quello risultante dall'elenco dei soggetti che ne godono e dalle eventuali integrazioni richieste e accettate, fermo il limite massimo complessivo di Euro 520.000,00 per singolo socio.

### b. Morte e invalidità permanente da infortunio

La copertura vale nel mondo intero.

La valutazione dell'invalidità permanente e la liquidazione dei danni vengono effettuate in Italia, con pagamento degli indennizzi in valuta italiana.

La copertura vale per le persone di età non superiore a 80 anni; le persone che raggiungono tale limite sono coperte fino alla successiva scadenza annuale.

Per la copertura morte da infortunio:

- per i soci con nucleo familiare il capitale oggetto di copertura è pari al contributo mensile dovuto a Galeno, al netto di eventuali integrazioni volontarie, moltiplicato per 12, per il numero di anni mancanti al compimento del 60° anno di età e, infine, per 1,5, con il minimo di Euro 5.164,57;

- per i soci senza nucleo familiare il capitale oggetto di copertura è pari a Euro 5.164,57;
- per tutti i soci resta salva la facoltà di elevare il capitale fino a un massimo complessivo di Euro 520.000,00;
- per i componenti del nucleo familiare il capitale assicurabile non può superare Euro 520.000,00.

Per la copertura invalidità permanente da infortunio:

- la somma prevista è pari al contributo mensile dovuto dal soggetto a Galeno, al netto di eventuali integrazioni volontarie, moltiplicato per 12, per il numero di anni mancanti al compimento del 60° anno di età e, infine, per 1,5;
- per tutti i soci resta salva la facoltà di elevare il capitale base fino a Euro 520.000,00, fermo restando che il capitale oggetto di copertura non può essere superiore al capitale previsto per il caso morte da infortunio;
- per i componenti del nucleo familiare il capitale oggetto di copertura non può superare Euro 520.000,00, fermo restando che il capitale stesso non può essere superiore al capitale previsto per il caso morte da infortunio.

### c. Invalidità permanente specifica da malattia

La copertura vale nel mondo intero.

La valutazione dell'invalidità permanente specifica da malattia e la liquidazione dei sinistri vengono effettuate in Italia, con pagamento degli indennizzi in valuta italiana.

La copertura cessa al compimento del 70° anno di età; le persone che raggiungono tale limite in corso di contratto sono coperte fino alla successiva scadenza annuale.

Il capitale oggetto di copertura:

- per i soci fino a 64 anni è pari al contributo mensile dovuto dal soggetto a Galeno, al netto di eventuali integrazioni volontarie, moltiplicato per 12, per il numero di anni mancanti al compimento del 60° anno di età e, infine, per 1,5;
  - per i soci nella fascia di età compresa tra 65 e 70 anni è pari a Euro 5.164,57.
- I soggetti hanno facoltà di sottoscrivere capitale aggiuntivo:
- per multipli di Euro 25.000, con un minimo di Euro 50.000 e fino a un massimo di Euro 125.000, oltre il capitale base, per coloro che hanno età inferiore a 65 anni;
  - fino a un massimo di Euro 10.000, comprensivo del capitale base, per coloro che sono ricompresi nella fascia di età compresa tra 65 e 70 anni.

## Articolo 3. Definizioni

Ai fini della presente sezione si intende per:

### a. Temporanea caso morte

La copertura del rischio di decesso del soggetto nel corso della durata del contratto, con liquidazione del capitale in favore dei beneficiari designati.

### b. Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

### c. Invalidità permanente da infortunio

Diminuzione o perdita definitiva e irrimediabile della generica capacità del soggetto a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

### d. Gessatura

Mezzo 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 poliuretanic, nonché i metodi di contenzione Ilizarov, FEA (fissatore esterno assiale), termomodellati, VTR e il dispositivo applicato o prescritto da personale medico o paramedico utilizzato nel trattamento di contenzione articolare o distrettuale o per osteosintesi, reso necessario da frattura, lussazione, distorsione clinicamente e, ove necessario, radiologicamente accertata.

### e. Invalidità permanente specifica da malattia

Diminuzione o perdita definitiva e irrimediabile della capacità del soggetto a svolgere la propria specifica attività lavorativa a seguito di malattia.

## Articolo 4. Temporanea caso morte

### a. Oggetto

La copertura di temporanea caso morte è prestata in forma collettiva a favore dei soli soci di Galeno.

A fronte dei premi versati per ciascuna posizione individuale, nel caso in cui nel corso della durata del contratto si verifichi il decesso del soggetto, verrà liquidato in favore dei beneficiari il capitale in questione.

In caso di sopravvivenza del soggetto alla data di scadenza del contratto, nulla è dovuto e i premi pagati restano acquisiti alla Società.

#### b. Limiti di copertura ed esclusioni

Il rischio morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali.

È escluso dalla copertura soltanto il decesso causato da:

- dolo;
- partecipazione attiva del soggetto a delitti dolosi;
- infortuni subiti a causa di guerra; tuttavia, se il soggetto viene sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, resta operante la copertura per gli infortuni determinati da fatti di guerra che avvengano entro il 14° giorno dallo scoppio delle ostilità;
- infortuni direttamente o indirettamente correlati all'impiego di armi atomiche, biologiche o chimiche, nonché di sostanze radioattive, biologiche o chimiche, oppure ad attacchi o intrusioni dolose in impianti o installazioni dai quali possa derivare rilascio di radioattività o di sostanze nucleari, biologiche o chimiche;
- infortuni causati dall'improvvisa emanazione di energia atomica, da radiazioni nucleari o da contaminazione radioattiva, salvo i casi derivanti da pratica di radiologia e cobaltoterapia, uso di radium o radioisotopi in ambito medico o universitario ed esposizione occasionale a radium o radioisotopi di persone operanti in ambito medico o universitario;
- incidente di volo, se il soggetto viaggia in qualità di passeggero o di membro dell'equipaggio a bordo di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- suicidio, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- guida di veicoli o natanti a motore per i quali il soggetto non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; resta comunque inclusa la copertura in caso di patente scaduta da non più di 6 mesi;
- infortuni conseguenti a proprie azioni correlate a stati di ubriachezza, all'assunzione di sostanze stupefacenti o all'uso non terapeutico di psicofarmaci.

Sono inoltre esclusi dalla copertura le persone che svolgano le seguenti professioni: forze dell'ordine, minatori, lavoratori esposti all'amianto.

#### c. Carenza per AIDS

Qualora il decesso del soggetto avvenga entro i primi 5 anni e sia causato

dalla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o da altra patologia a essa collegata, nulla sarà dovuto in suo favore.

Il soggetto può richiedere la piena copertura senza periodo di carenza purché si sottoponga al test HIV.

La carenza opera per 5 anni dalla decorrenza del contratto, anche in caso di rinnovo, sia espresso sia tacito.

#### d. Rischio catastrofale

Qualora lo stesso evento accidentale determini il decesso di più persone, la copertura è limitata a un importo massimo complessivo di Euro 5.000.000,00 per l'intero gruppo Galeno.

Tale importo viene suddiviso sulle posizioni individuali dei soggetti colpiti dal sinistro in proporzione ai rispettivi capitali.

#### e. Modalità assuntive

In funzione del capitale, Galeno si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione o accertamenti sanitari, di limitare il capitale massimo pro capite, di applicare ulteriori contributi o limitazioni o esclusioni, di escludere il tacito rinnovo, di rifiutare la copertura per singoli soggetti.

In particolare:

- se il capitale è inferiore a Euro 85.000,00 è richiesta la compilazione e la sottoscrizione della scheda di adesione;
- se il capitale è compreso tra Euro 85.000,00 ed Euro 150.000,00 è richiesta la compilazione e la sottoscrizione del questionario sanitario;
- se il capitale è compreso tra Euro 150.000,00 ed Euro 250.000,00 sono richiesti, oltre alla documentazione prevista per il primo scaglione, la visita medica fiduciaria e l'esame delle urine;
- se il capitale è compreso tra Euro 250.000,00 ed Euro 500.000,00 sono richiesti il questionario sanitario, la visita medica e ulteriori accertamenti clinici e strumentali;
- se il capitale è superiore a Euro 500.000,00 sono richiesti i documenti dello scaglione precedente e gli ulteriori esami specificamente richiesti dalla Società.

In caso di aumento del capitale nel corso della durata del contratto, non deve essere presentata nuova documentazione sanitaria se l'aumento, in ciascun anno, è inferiore al 20% del capitale già presente e comunque non superiore a Euro 25.000,00.

Qualora l'aumento sia superiore a uno dei predetti limiti, oppure comporti il superamento di uno degli scaglioni sopra indicati, la Società si riserva di richiedere nuova documentazione sanitaria, applicare nuovi contributi, imporre limitazioni, oppure rifiutare l'aumento richiesto.

## Articolo 5. Morte e invalidità permanente da infortunio

### a. Oggetto della copertura

La copertura comprende gli infortuni subiti dal soggetto, anche se derivanti da:

- asfissia causata da fuga di gas o vapore;
- ingestione o assorbimento di sostanze, compresi avvelenamento e lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, escluse malaria e malattie tropicali;
- annegamento;
- ernie addominali traumatiche e lesioni da sforzo;
- assideramento o congelamento, folgorazione, colpi di sole o di calore e altre influenze termiche e atmosferiche;
- infortuni sofferti in stato di malore, vertigini o incoscienza;
- infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- infortuni derivanti da insurrezioni, atti di terrorismo, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, economico o sociale, purché la persona provi di non avervi preso parte attiva o volontaria.

La copertura comprende altresì:

- gli infortuni subiti in conseguenza di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, purché il soggetto sia stato sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trovava all'estero in un Paese sino ad allora in pace; restano esclusi i sinistri avvenuti 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, inondazioni e forze della natura in genere, con il limite catastrofale di Euro 6.000.000,00;
- gli infortuni subiti in occasione di arenamento, naufragio o atterraggio forzato; in tali casi, la corresponsione delle somme previste per il caso morte è garantita anche quando tali eventi non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti, il soggetto si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti; l'estensione è subordinata alla circostanza che le persone si

trovino in perfette condizioni di salute e siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi;

- gli infortuni subiti a seguito di rapina, tentata rapina e sequestro di persona; qualora a seguito di tali eventi si verifichi il decesso del soggetto, verrà corrisposto il doppio della somma prevista per il caso morte, fermo restando che il maggior indennizzo non potrà superare Euro 50.000,00.

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 o elicotteri gestiti da società di lavoro aereo non in occasione di trasporto pubblico o da aeroclub.

Il cumulo delle somme a copertura del rischio volo non può superare:

- Euro 1.032.913,79 per persona;
- Euro 6.000.000,00 per aeromobile.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro sono ridotte in proporzione.

#### b. Esclusioni

La copertura non comprende gli infortuni derivanti da:

- guida ed uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto per il rischio volo;
- guida di veicoli o natanti se la persona infortunata non è abilitata a norma delle disposizioni in vigore; resta comunque compreso l'infortunio subito a bordo del veicolo quando questo si è messo in movimento a motore spento su terreno in pendenza;
- pratica di sport aerei, paracadutismo, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e bob;
- partecipazione a corse e gare, e relative prove, comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo si tratti di gare di regolarità pura;
- abuso di alcolici e di psicofarmaci o uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- azioni delittuose della persona;
- guerra o insurrezione, salvo quanto diversamente previsto per gli eventi compresi in assicurazione;
- trasmutazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono comunque esclusi gli infortuni e le conseguenze dirette e indirette di infortuni subiti in periodo antecedente l'adesione da parte del soggetto.

Sono inoltre escluse le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio, gli infarti miocardici, qualsiasi tipo di ernia, salvo quanto espressamente compreso, nonché la rottura del tendine di Achille.

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentale, alcolismo o tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

#### c. Morte da infortunio

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte e questa si verifica entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, verrà corrisposta al soggetto la somma in questione ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi.

La copertura comprende inoltre:

- rimpatrio salma: se il decesso avviene all'estero, saranno oggetto di rimborso le spese sostenute per il trasporto della salma in patria, con il limite del 10% della somma prevista e il massimo di Euro 5.000,00;
- morte presunta: qualora, a seguito di infortunio indennizzabile, il corpo del soggetto non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, sarà erogato il capitale previsto per il caso morte non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta;
- commorienza: se il medesimo infortunio provoca la morte del soggetto e del suo coniuge non legalmente separato e i figli minorenni conviventi risultano beneficiari dell'assicurazione, verrà corrisposta la somma prevista per il caso morte più un ulteriore capitale di Euro 50.000,00; la presente estensione non vale per il rischio volo.

La presente copertura viene prestata in favore della totalità dei soci.

Il socio può richiedere l'estensione della copertura stessa ai componenti del proprio nucleo familiare.

#### d. Invalidità permanente da infortunio

Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente e questa si verifica entro 1 anno dal giorno dell'infortunio, verrà corrisposto al socio l'indennizzo dovuto.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma prevista per invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i seguenti criteri:

- inferiore o uguale al 3%: nessun indennizzo;
- superiore al 3% fino al 24%: percentuale accertata applicata sulla somma prevista, detratto il 3% di franchigia fissa;

- superiore al 24% e fino al 50%: percentuale accertata applicata sulla somma prevista maggiorata del 50%;
- superiore al 50%: intera somma prevista.

Per la valutazione del grado di invalidità permanente valgono le percentuali stabilite dall'Allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30/06/1965.

In caso di provato e constatato mancinismo, le percentuali riferite all'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e viceversa.

In caso di perdita anatomica o funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Le percentuali di determinazione dell'invalidità permanente si intendono parzialmente modificate, per le parti anatomiche di seguito indicate, come segue:

- un pollice: 60%;
- un indice: 60%;
- un medio: 30%;
- un anulare: 15%;
- un mignolo: 15%;
- più dita e/o falangi della stessa mano: massimo 80%;
- un piede: 70%;
- un orecchio: 25%;
- perdita totale della voce: 60%.

La presente copertura viene prestata in favore della totalità dei soci.

Il socio può richiedere l'estensione della copertura ai componenti del proprio nucleo familiare.

Esclusivamente per i figli rientranti nel nucleo familiare è possibile sottoscrivere la copertura per la sola copertura invalidità permanente.

Limitatamente ai casi di invalidità permanente, sono inoltre oggetto di copertura le malattie tropicali contratte durante la permanenza nei Paesi della fascia tropicale del globo, con l'intesa che per malattie tropicali si intendono: amebiasi, bilharziosi, dermatifo, dissenteria batterica, febbre itteroemoglobinurica, meningite cerebro-spinale epidemica, vaiolo, febbre ricorrente africana e infezione malarica perniziosa.

Per tale estensione non si fa luogo a indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado non superiore al 20% della totale; se invece supera il 20%, viene corrisposto l'indennizzo integrale in rapporto al grado residuo.

Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione è fissato in 1 anno dalla denuncia della malattia.

#### e. Diaria da gesso

Nel caso di gessatura a seguito di infortunio ad uno o più arti, anche senza ricovero, verrà erogata l'indennità giornaliera dal giorno dell'applicazione della gessatura a quello della sua rimozione, sino a un massimo di 60 giorni per ogni infortunio.

In caso di più infortuni vengono riconosciuti non più di 100 giorni nell'arco di un anno dal primo accadimento.

Al fine del computo dei giorni per la diaria gesso 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.

La somma prevista è pari a Euro 52,00 al giorno per ogni soggetto.

La presente copertura è prestata in favore di tutti coloro che ne fanno richiesta. I coniugi possono attivare la diaria gesso a condizione che abbiano sottoscritto:

- Euro 60.000,00 per invalidità permanente da infortunio;
- Euro 60.000,00 per morte da infortunio.

I figli rientranti nel nucleo familiare possono attivare la presente copertura a condizione che abbiano sottoscritto il capitale minimo di Euro 60.000,00 per invalidità permanente da infortunio.

## Articolo 6. Invalidità permanente specifica da malattia

#### a. Oggetto

Il socio può usufruire una somma nell'ipotesi di invalidità specifica da malattia a condizione che:

- l'invalidità sia determinata da malattia insorta nel corso del rapporto sociale ed a condizione che la copertura della presente copertura sia stata sottoscritta e abbia operato senza soluzione di continuità;
- sia avvenuta la guarigione clinica della malattia;
- l'invalidità sia accertata entro 2 anni dal giorno in cui la malattia stessa è stata denunciata.

Di seguito si descrivono le modalità operative per l'ottenimento della somma in questione:

- il socio procede ad inviare a Galeno la documentazione, comprensiva di dinamica e di documentazione medica introduttiva a supporto;
- il Comitato Scientifico di Galeno effettua una prima valutazione della

documentazione pervenuta, riservandosi la possibilità di sottoporre il soggetto a visita medico-legale;

-qualora il Comitato Scientifico ravvisi i presupposti di indennizzabilità, si procede all'invio della documentazione a Reale Mutua Assicurazioni;

-Reale Mutua Assicurazioni effettua attività istruttoria propria, potendo anche disporre propria visita medico-legale se ritenuto necessario;

-in ipotesi di positivo accoglimento, Reale Mutua Assicurazioni procederà a chiudere l'istruttoria per gli adempimenti consequenziali.

## b. Esclusioni

La copertura non comprende le invalidità:

- preesistenti alla data di adesione a Galeno o dell'eventuale integrazione di capitale previsto;

- derivanti da malattie insorte prima della costituzione del rapporto sociale;

- conseguenti a infortunio;

- conseguenti a intervento chirurgico o a prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche e fitoterapiche;

- derivanti da malattie psicotiche di natura organica, psicosi e, comunque, ogni disturbo mentale, nevrosi o disagio esistenziale, come da classificazione del DSM IV;

- derivanti da abuso di alcolici o di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;

- conseguenti ad atti dolosi, compiuti o tentati, posti in essere dalla persona;

- occorse in conseguenza di guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;

- derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;

- determinate da sieropositività HIV;

- conseguenti a prestazioni fornite da medici o infermieri non abilitati o, comunque, da chiunque eserciti professioni sanitarie senza specifica abilitazione.

Non sono oggetto della presente copertura le persone affette da infermità mentale, alcolismo o tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

## c. Persone e capitali

La copertura viene prestata in favore della totalità dei soci.

Il socio può richiedere l'estensione della copertura stessa ai componenti del proprio nucleo familiare.

Alle medesime condizioni è possibile per i familiari chiedere l'adesione alla presente copertura.

Resta inteso che gli ingressi in copertura dei familiari e le richieste di integrazione del capitale base da parte dei soci sono subordinati alla preventiva compilazione del questionario sanitario, nonché all'effettuazione dell'elettrocardiogramma e delle analisi del sangue richieste da Galeno e dall'Istituto Assicurativo che coadiuva Galeno stessa nell'erogazione di detta copertura.

#### d. Valutazione dell'invalidità

La valutazione dell'invalidità permanente specifica da malattia viene effettuata non prima che sia decorso 1 anno dalla denuncia, secondo i criteri stabiliti nella tabella prevista nell'Allegato 1 alla legge sugli infortuni sul lavoro del 30/06/1965 n. 1124 (Tabella INAIL).

Nei casi di invalidità permanente non previsti dalla tabella sopra richiamata, la valutazione è concordata fra il medico del socio e il consulente medico di Reale Mutua Assicurazioni.

Ove, a giudizio sia del medico del soggetto sia del consulente medico di Reale Mutua Assicurazioni, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della malattia denunciata e il soggetto non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che residuerebbero se il soggetto si sottoponesse al trattamento proposto e questo avesse completo successo.

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.

Nel caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un arto o di un organo già minorato, le percentuali di invalidità permanente specifica da malattia accertate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

#### e. Determinazione dell'indennizzo

L'indennizzo per invalidità permanente specifica da malattia è calcolato in base al grado di invalidità accertato.

Qualora il grado di invalidità permanente accertato sia inferiore o uguale al 50%, non si dà luogo ad alcun indennizzo.

Qualora il grado di invalidità permanente accertato sia superiore al 50%, sarà corrisposta l'intera somma oggetto di copertura.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e non è trasmissibile agli eredi o aventi causa.

Tuttavia, se il soggetto muore prima che l'indennizzo sia stato pagato, Galeno per il tramite di Reale Mutua Assicurazioni, previa produzione del certificato di morte, liquida agli eredi o aventi causa l'importo già concordato, oppure l'importo offerto.

Se il soggetto muore prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche previsti, Galeno per il tramite di Reale Mutua Assicurazioni liquida agli eredi o aventi causa l'importo in questione anche attraverso l'esame della documentazione prodotta dagli stessi.

## Articolo 7. Le integrazioni delle coperture

### a. Temporanea caso morte

La copertura per il caso morte è prevista per i soli soci.

Fermo restando il capitale minimo fissato in Euro 60.000,00, è possibile richiedere l'integrazione del capitale previsto, fermo il limite massimo complessivo di Euro 520.000,00.

Le richieste di aumento del capitale sono soggette alle modalità assuntive e agli accertamenti sanitari previsti all'articolo 4.

Le uscite in corso d'anno non sono possibili.

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 a Galeno tramite PEC almeno 90 giorni prima, ossia entro il 30 settembre dell'anno precedente a quello di uscita.

Pertanto, le prestazioni continuano ad operare e i relativi premi sono dovuti fino al mese di dicembre dell'anno precedente l'uscita.

### b. Morte e invalidità permanente da infortunio

Fermo restando il capitale minimo fissato in Euro 60.000,00, il capitale massimo assicurabile è di Euro 520.000,00.

Il socio può estendere la copertura ai componenti del proprio nucleo familiare; per la copertura infortuni l'adesione è consentita anche ai figli minorenni.

Per i soci e i coniugi, il capitale previsto per il caso invalidità permanente non può essere superiore a quello previsto per il caso morte da infortunio.

Per i figli minorenni appartenenti al nucleo familiare è possibile attivare la sola copertura invalidità permanente da infortunio.

È possibile richiedere l'attivazione della copertura integrativa diaria gesso alle condizioni previste dall'articolo 5, lettera e.

c. Invalidità permanente specifica da malattia

Il capitale massimo assicurabile, in aggiunta al capitale automatico di base per ciascun socio, è pari a Euro 125.000,00 per i soggetti di età inferiore a 65 anni.

Per la fascia di età compresa tra 65 e 70 anni, la somma massima prevista, comprensiva del capitale base, è pari a Euro 10.000,00.

È possibile per i familiari richiedere l'applicazione di tale copertura alle medesime condizioni previste per i soci.

L'ingresso in copertura e gli aumenti di capitale avvengono previa valutazione del questionario sanitario e della documentazione clinica richiesta dalla Società.

## Articolo 8. Richiesta di prestazioni

a. Richiesta di corresponsione della somma prevista per il caso di temporanea morte

I beneficiari devono trasmettere la richiesta di liquidazione a Galeno, allegando i seguenti documenti:

- documento di identità, codice fiscale e indirizzo completo di ciascun beneficiario;
- certificato anagrafico di morte del soggetto con indicazione della data di nascita;
- eventuale relazione del medico curante attestante la causa del decesso;
- verbale delle autorità competenti in caso di morte violenta o accidentale;
- atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dal quale risulti se il soggetto abbia lasciato o meno testamento e, in caso affermativo, che il testamento sia l'unico o l'ultimo conosciuto e non impugnato; in presenza di testamento deve essere allegata copia autentica del verbale di pubblicazione;
- documentazione utile a identificare con esattezza gli aventi diritto;
- in caso di beneficiari minori o incapaci, decreto del giudice tutelare che autorizzi il legale rappresentante a riscuotere la prestazione.

Galeno, ricevuta la predetta documentazione, si riserva in ogni caso a proprio insindacabile giudizio di richiedere ulteriore documentazione sanitaria.

b. Richiesta di corresponsione della somma prevista in caso di morte o invalidità permanente da infortunio

Entro quindici giorni dall'evento, ovvero entro quindici giorni dal momento in cui il soggetto ne abbia avuto la possibilità, a pena di perdita del diritto, il socio deve trasmettere al servizio assistenza soci:

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

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

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

**ii.** Per infortuni a seguito d'incidente stradale si richiede copia del referto del pronto soccorso o del certificato di prima diagnosi prodotto da un medico e copia della patente di guida (se l'infortunato è il conducente).

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

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

**II.** certificato medico di avvenuta guarigione clinica

Successivamente:

- il Comitato Scientifico di Galeno effettua una prima valutazione della documentazione pervenuta, riservandosi la possibilità di sottoporre il soggetto a visita medico-legale;

- qualora il Comitato Scientifico ravvisi i presupposti di indennizzabilità, si procede all'invio della documentazione a Reale Mutua Assicurazioni;

- Reale Mutua Assicurazioni effettua attività istruttoria propria, potendo anche disporre propria visita medico-legale se ritenuto necessario;

- in ipotesi di positivo accoglimento, Reale Mutua Assicurazioni procederà a chiudere l'istruttoria per gli adempimenti consequenziali.

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 [gestionedinistri@pec.cassagaleno.it](mailto:gestionedinistri@pec.cassagaleno.it)

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

• per raccomandata A/R a Galeno Società Mutua Cooperativa, via Parigi 11

00185 Roma

Per la diaria gesso dovrà inoltre essere prodotta la documentazione attestante la rimozione del mezzo di contenzione

Il socio deve trasmettere al servizio assistenza soci:

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

**II.** copia del certificato attestante l'applicazione del gesso

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

Ad avvenuta guarigione, dovrà trasmettere:

**I.** certificato di rimozione del mezzo di contenimento applicato.

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

Tutta la documentazione (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 [gestionisinistri@pec.cassagaleno.it](mailto:gestionisinistri@pec.cassagaleno.it)

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

• per raccomandata A/R a Galeno Società Mutua Cooperativa, via Parigi 11 00185 Roma

Le spese relative ai certificati medici sono ad esclusivo carico del soggetto.

c. Richiesta di corresponsione della somma prevista in caso di invalidità permanente specifica da malattia

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

Il socio deve in questo senso trasmettere al servizio assistenza soci:

**I.** richiesta di denuncia Ipm; scaricabile sul sito Galeno, nella sezione Sinistri

**II.** certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia

III. tutta la documentazione sanitaria (cartella clinica, ecc.) atta a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti

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

I. eventuale domanda alla Asl competente per attestazione grado di invalidità civile ed eventuale relativo riconoscimento

Le spese relative ai certificati medici e alle altre documentazioni richieste sono ad esclusivo carico della persona.

Qualora la copertura cessi prima che sia stata presentata denuncia di sinistro, e sempreché la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità della copertura stessa, è concesso il termine di 1 anno dalla scadenza per la presentazione dell'istanza.

Il soggetto deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici di Galeno e/o dell'Istituto assicuratore partner al fine della valutazione dello stato clinico.

Successivamente:

-il Comitato Scientifico di Galeno effettua una prima valutazione della documentazione pervenuta, riservandosi la possibilità di sottoporre il soggetto a visita medico-legale;

-qualora il Comitato Scientifico ravvisi i presupposti di indennizzabilità, si procede all'invio della documentazione a Reale Mutua Assicurazioni;

-Reale Mutua Assicurazioni effettua attività istruttoria propria, potendo anche disporre propria visita medico-legale se ritenuto necessario;

-in ipotesi di positivo accoglimento, Reale Mutua Assicurazioni procederà a chiudere l'istruttoria per gli adempimenti consequenziali.

# Regolamento PARACADUTE

93



## Articolo 1. Oggetto del regolamento

Il presente regolamento disciplina il funzionamento della copertura denominata "Paracadute" di Galeno società mutua cooperativa, in seguito più brevemente denominata "Galeno".

La copertura, relativa al rischio della responsabilità civile professionale del medico e dell'odontoiatra, è prestata tramite apposito contratto di assicurazione collettivo stipulato da Galeno con Reale Mutua Assicurazioni.

La copertura è articolata secondo termini e modalità descritti al successivo art. 2.

Rientrano nell'oggetto della copertura tutti i soci, con l'esclusione di quelli dichiarati inabili al lavoro, ovvero non più iscritti nell'ambito dell'albo dei medici chirurghi ovvero dell'albo dei medici odontoiatri presso l'ordine provinciale di riferimento.

## Articolo 2. Precisazioni sui rischi coperti. Esclusioni

L'assicurazione opera per quanto previsto ai punti "attività professionale" e "studio professionale", secondo termini e modalità di cui in seguito.

### A. Attività professionale

Il socio viene tenuto indenne rispetto a quanto sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento, capitale, interessi e spese, per:

- i danni;

- le perdite pecuniarie;

involontariamente causati a terzi, con colpa lieve o grave, nello svolgimento dell'attività professionale.

La copertura comprende, inoltre:

- la responsabilità civile per fatto commesso dal personale, quali, ad esempio, medici collaboratori e infermieri;

- la responsabilità civile personale dei prestatori di lavoro che non esercitano la professione sanitaria, quali, ad esempio, gli impiegati amministrativi e dei servizi generali.

La copertura opera quando il comportamento colposo che ha causato il danno rientra nell'ambito dell'attività professionale.

È sempre compresa la copertura dell'azione di rivalsa per colpa grave, senza applicazione di franchigia, quando nei confronti del socio sia stata esercitata:

- l'azione di responsabilità amministrativa promossa dal Pubblico Ministero presso la Corte dei conti;
- l'azione di rivalsa promossa dalla struttura sanitaria o sociosanitaria privata;
- l'azione di rivalsa promossa dall'assicuratore della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata, anche in caso di surroga nel diritto di rivalsa.

La copertura opera altresì:

- in caso di azione di regresso esercitata nei confronti del socio dal coobbligato in solido;
- per le richieste di risarcimento presentate allo studio associato o all'associazione professionale, se relative all'attività svolta dal socio per conto dell'associazione stessa.

Di seguito vengono descritti in via più analitica i fatti da cui scaturiscano obbligazioni risarcitorie da parte del socio verso terzi, oggetto della copertura.

## 1. Attività professionale specifica

Sono compresi i danni derivanti da:

- interventi urgenti di primo soccorso prestati in stato di necessità in virtù dell'obbligo deontologico, anche se l'attività professionale non prevede interventi chirurgici o interventi invasivi;
- servizio di continuità assistenziale, guardia medica, e servizio di urgenza ed emergenza medica 118;
- sostituzione temporanea del medico di base;
- consegna o somministrazione diretta e gratuita di farmaci conservati dal socio;
- pratica della medicina omeopatica e dell'agopuntura.

## 2. Medico di medicina generale

Per il socio medico di medicina generale, medico di base o di famiglia, sono comprese:

- assistenza medica di base mediante visite ambulatoriali e domiciliari;
- diagnosi, prescrizione di farmaci e visite specialistiche;
- vaccinazioni e screening sanitari;
- gestione delle terapie farmacologiche;
- coordinamento delle cure in collaborazione con altri professionisti sanitari;

- rilascio di certificazioni mediche.

La copertura opera anche:

- per fatto commesso da un medico sostituto del socio;
- in caso di consulenze a distanza, consulenza telefonica o telemedicina;
- per l'esercizio dell'attività libero professionale occasionale o strutturata.

### 3. Specializzando

Per il medico specializzando, oltre all'attività svolta durante il corso di specializzazione universitaria, la copertura è estesa a:

- interventi urgenti di primo soccorso prestati in stato di necessità in virtù dell'obbligo deontologico;
- sostituzione temporanea di medico di base e, per lo specializzando in pediatria, di pediatra di base;
- sostituzioni nell'ambito della medicina penitenziaria;
- svolgimento del servizio di continuità assistenziale;
- svolgimento del servizio di urgenza ed emergenza medica 118.

### 4. Medicina estetica

La copertura opera anche per i danni estetici e fisionomici derivanti dalla pratica di medicina estetica e determinati da errore tecnico nella prestazione.

Sono escluse, per questa specifica attività, le richieste fondate sulla mancata corrispondenza tra il risultato estetico e fisionomico ottenuto e quello atteso.

### 5. Interventi di implantologia dentale

La copertura opera anche per i danni derivanti dallo svolgimento di interventi di implantologia dentale, compresi i danni estetici e fisionomici determinati da errore tecnico nella prestazione.

Sono escluse, per questa specifica attività, le richieste fondate sulla mancata corrispondenza tra il risultato estetico e fisionomico ottenuto e quello atteso.

### 6. Medico competente

La copertura opera anche per i danni e le perdite pecuniarie derivanti dallo svolgimento di incarichi di medico competente ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e successive modificazioni e integrazioni.

Per le perdite pecuniarie, la copertura opera con limite di indennizzo per sinistro e per annualità assicurativa pari al 10% del massimale per sinistro.

## 7. Procreazione medicalmente assistita

La copertura opera anche per i danni derivanti da errori tecnici commessi durante l'esecuzione della pratica finalizzata alla procreazione medicalmente assistita.

Sono escluse le richieste avanzate da terzi per danni derivanti da:

- lesioni o malformazioni del nascituro;
- mancato raggiungimento del risultato atteso, quali, ad esempio, mancato concepimento o parto gemellare indesiderato.

## 8. Danni di natura estetica

La copertura comprende la responsabilità civile per i danni di natura estetica e fisionomica provocati dal socio e non derivanti da prestazioni di medicina o chirurgia estetica.

## 9. Utilizzo di strumenti medici

La copertura comprende i danni derivanti dall'uso di apparecchiature e di strumenti medicali connessi all'attività professionale svolta, compresi gli strumenti a raggi X per scopi diagnostici e terapeutici.

## 10. Attività nei punti di primo intervento

La copertura comprende i danni derivanti dall'attività svolta nei punti di primo intervento.

## 11. Pronto soccorso

La copertura opera anche per i danni derivanti dallo svolgimento dell'attività professionale in pronto soccorso, abituale o occasionale.

## 12. Attività di docenza e di formazione professionale

La copertura comprende i danni derivanti dall'attività di docenza, dalla partecipazione a corsi di formazione, convegni, congressi e dalla pubblicazione di articoli professionali.

## 13. Telemedicina e consulti a distanza

La copertura comprende i danni derivanti dall'attività di telemedicina e dai consulti per la cura del paziente a distanza, comprese consultazioni mediche, diagnosi, prescrizioni mediche e monitoraggio da remoto o tramite piattaforme digitali.

## 14. Incarichi connessi a procedimenti giudiziari e stragiudiziali

La copertura comprende le perdite pecuniarie derivanti dallo svolgimento da parte del socio di incarichi di:

- perito;
- consulente tecnico d'ufficio;
- consulente tecnico di parte;
- mediatore ai sensi del D.Lgs. 28/2010;

## 15. Documenti

La copertura comprende i danni e le perdite pecuniarie derivanti da perdita, deterioramento o distruzione di atti, documenti e titoli non al portatore.

Questa copertura opera con limite di indennizzo per sinistro e per annualità assicurativa pari al 10% del massimale per sinistro.

## 16. Errato trattamento dei dati personali

La copertura comprende le perdite pecuniarie derivanti dalla violazione delle norme sul trattamento dei dati personali, purché il socio abbia attuato adeguate misure tecniche e organizzative conformi alle norme sulla sicurezza del trattamento.

Questa copertura opera con limite di indennizzo per sinistro e per annualità assicurativa pari al 10% del massimale per sinistro.

## B. Studio professionale

La copertura in questione tiene il socio indenne rispetto a quanto lo stesso sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento, capitale, interessi e spese, per i danni involontariamente causati a terzi derivanti dalla proprietà e dalla conduzione del proprio studio professionale.

Nel dettaglio, la copertura comprende:

- la responsabilità civile del socio per fatti, anche dolosi, commessi dal personale e da appaltatori;
- la responsabilità civile personale degli addetti.

Vengono di seguito descritti in via analitica i contenuti della copertura in questione.

## 1. Valori e preziosi in custodia

La copertura comprende i danni e le perdite pecuniarie derivanti da perdita,

deterioramento o distruzione di valori e preziosi consegnati dai clienti e custoditi dal socio in mezzi di custodia con congegni di chiusura attivi.

In caso di furto, la copertura opera solo in caso di effrazione dei mezzi di custodia.

Questa copertura opera con i limiti di indennizzo di:

- Euro 5.000 per sinistro;
- Euro 10.000 per annualità assicurativa.

## **2. Danni da spargimento di acqua**

La copertura comprende i danni causati a terzi in conseguenza di spargimento di acqua. La stessa opera con il limite di indennizzo di Euro 100.000 per sinistro e per annualità assicurativa.

## **3. Danni da inquinamento accidentale**

La copertura comprende i danni causati a terzi in conseguenza di inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo, provocati da sostanze di qualunque natura emesse o fuoriuscite a seguito di guasto o rottura accidentale di impianti e condutture. La stessa opera con il limite di indennizzo di Euro 250.000 per sinistro e per annualità assicurativa.

## **4. Danni da interruzione o sospensione di attività**

La copertura comprende il pregiudizio economico causato a terzi per l'interruzione o la sospensione, anche parziale, dell'attività o dell'utilizzo di beni, conseguenti a sinistro indennizzabile. La stessa opera con il limite di indennizzo di Euro 250.000 per sinistro e per annualità assicurativa.

## **5. Danni ai prestatori di lavoro**

La copertura comprende i danni causati ai prestatori di lavoro, comprese le malattie professionali. La stessa opera con il massimale di Euro 2.000.000 per sinistro e per annualità assicurativa.

## **6. Danni da caduta di neve e ghiaccio**

La copertura comprende i danni causati dalla caduta di neve e ghiaccio dai tetti dello studio professionale.

## **7. Danni da attività connesse allo studio professionale**

La copertura comprende i danni derivanti:

- da attività complementari svolte per esigenze gestionali dello studio

professionale, quali, ad esempio, pulizia, vigilanza ed esecuzione di incarichi;  
- da sopralluoghi, trasferte e commissioni all'esterno dei locali dello studio professionale.

## **8. Danni da lavori di ordinaria e straordinaria amministrazione**

La copertura comprende i danni derivanti dall'esecuzione di lavori di ordinaria e straordinaria manutenzione dello studio professionale.

## **9. Danni da uso di veicoli da parte dei prestatori di lavoro**

La copertura comprende la responsabilità civile del socio, ai sensi dell'art. 2049 c.c., per i danni causati a terzi dai prestatori di lavoro durante l'uso di veicoli per lo svolgimento di incarichi per conto della persona. La stessa opera per autovetture, motocicli e ciclomotori solo se non sono di proprietà del socio, a lui intestati al P.R.A., in locazione finanziaria, in usufrutto o a noleggio.

## **10. Danni ai veicoli di terzi**

La copertura comprende i danni ai veicoli di terzi che si trovano nelle aree di pertinenza dello studio professionale e i danni alle cose a bordo di tali veicoli. Sono compresi i danni ai veicoli di proprietà dei prestatori di lavoro. Questa copertura opera con il limite di indennizzo di Euro 100.000 per sinistro e per annualità assicurativa.

## **11. Danni da incendio**

La copertura comprende i danni causati ai beni di proprietà di terzi a seguito di incendio, implosione, esplosione e scoppio di cose di proprietà del socio o da lui detenute a qualsiasi titolo. La stessa opera con il limite di indennizzo di Euro 250.000 per sinistro e per annualità assicurativa.

Si specifica come qualora il socio abbia contratto un'altra polizza a copertura dello stesso rischio, la copertura oggetto del presente regolamento opera per l'importo che eccede il massimale dell'altra polizza, e quindi in secondo rischio.

## **12. Danni ai beni di proprietà dei prestatori di lavoro**

La copertura comprende i danni ai beni di proprietà dei prestatori di lavoro, degli appaltatori e dei collaboratori, esclusi i preziosi, gli orologi e i valori. Resta fermo quanto previsto per i danni ai veicoli di terzi. La stessa opera con il limite di indennizzo di Euro 10.000 per sinistro.

### 13. Somme richieste dall'INAIL e dall'INPS

In caso di infortunio del titolare, degli associati o dei familiari mentre svolgono la loro attività per conto del socio, la copertura opera a copertura delle somme richieste dall'INAIL o dall'INPS con azione di rivalsa ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 1124/1965 e dell'art. 14 della L. 222/1984.

### C. Esclusioni

La copertura non comprende la responsabilità civile del socio derivante:

- a. dallo svolgimento di attività non rientranti tra le competenze stabilite dalle fonti normative e da regolamenti specifici per l'attività professionale, anche se considerate compatibili o tollerate dagli ordini professionali e dalle associazioni di categoria;
- b. da atti, fatti e circostanze di cui il socio, al momento dell'adesione a Galeno, è consapevole che possano dar luogo a richieste di risarcimento;
- c. dalla proprietà e dalla gestione di poliambulatori, cliniche, laboratori di analisi, case di riposo e, in genere, di qualsiasi attività esercitata in forma di impresa;
- d. dall'esercizio di ruoli di direttore generale, sanitario, tecnico o amministrativo in qualsiasi struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata;
- e. dalle funzioni di direttore di struttura, o analoga funzione organizzativa, presso strutture pubbliche o private, ferma restando la copertura per l'attività assistenziale effettuata in favore dei pazienti;
- f. dall'omissione dell'attività informativa finalizzata alla raccolta del consenso informato, salvo i casi di necessità e urgenza previsti dalla legge;
- g. dalla sperimentazione clinica;
- h. dall'attività di ingegneria genetica o da uso o manipolazione di organismi geneticamente modificati;
- i. dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dal socio;
- j. da sostanze radioattive, apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche, fatti connessi a fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o a radiazioni provocate dall'accelerazione di particelle atomiche, salvo quanto previsto per l'utilizzo di strumenti medici nei limiti fissati;
- k. da presenza, uso, contaminazione, estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione o stoccaggio di amianto e di prodotti contenenti amianto. Non sono inoltre oggetto di copertura i danni e le perdite pecuniarie:
- l. conseguenti a responsabilità volontariamente assunte dal socio, non imposte dalle fonti normative;
- m. correlati a cose che il socio abbia in consegna, in custodia o detenga a

qualsiasi titolo, salvo quanto espressamente previsto per le garanzie specifiche;  
 n. derivanti da furto, salvo quanto espressamente previsto per la copertura valori e preziosi in custodia;

o. derivanti dalla proprietà e dalla circolazione di veicoli a motore, aeromobili o natanti, salvo quanto previsto per i danni da uso di veicoli da parte dei prestatori di lavoro e per i danni ai veicoli di terzi;

p. conseguenti a inquinamento dell'acqua, dell'aria o del suolo, salvo quanto previsto per la copertura danni da inquinamento accidentale;

q. derivanti da guerra dichiarata o non dichiarata, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari e tutti gli eventi a essi assimilabili.

Le esclusioni relative alla sola circolazione dei veicoli e all'inquinamento non si applicano in caso di infortunio o malattia professionale dei prestatori di lavoro mentre sono in servizio presso il socio.

Sono inoltre esclusi:

- il rimborso di quanto pagato al socio a titolo di compenso professionale;
- i cosiddetti danni punitivi.

Oltre alle esclusioni di cui sopra, le coperture relative allo studio professionale non comprendono i danni:

r. a cose se causati da umidità, stillicidio, traboccamento o rigurgito di fognature;

s. agli addetti, anche in caso di rivalsa degli enti previdenziali, se il socio non è in regola con gli obblighi imposti dalla legge al momento del sinistro;

t. da malattie professionali:

- manifestatesi o conseguenti a comportamenti e fatti colposi commessi o verificatisi oltre cinque anni prima della data di adesione a Galeno, salvo quanto previsto in caso di successione di polizze;
- in caso di manifestata ricaduta di malattia professionale già indennizzata o indennizzabile;
- in caso di consapevole inosservanza, da parte del socio, di norme di legge;
- in caso di consapevole omissione, da parte del socio, della prevenzione del danno, delle riparazioni e degli adattamenti dei mezzi utili a prevenire o contenere fattori patogeni; tale esclusione non opera per i danni verificatisi dopo che il soggetto abbia posto rimedio alla situazione con misure idonee;
- che si siano manifestati dopo 18 mesi dalla data di cessazione dell'assicurazione o del rapporto di lavoro.

Non sono considerati terzi:

- il coniuge, i genitori e i figli del socio;
- i conviventi del socio, se parenti o affini.

Il convivente more uxorio, nonché il soggetto legato da unione civile, è equiparato al coniuge.

### Articolo 3. Limiti di indennizzo, importi a carico del socio, limiti territoriali.

La copertura opera con i seguenti massimali.

-Per la copertura di cui all'articolo 2, punto "attività professionale":

a. medici che non esercitano attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto:

- Euro 1.000.000 per sinistro;

- Euro 3.000.000 per annualità assicurativa e per serie di sinistri;

b. medici che esercitano anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto:

- Euro 2.000.000 per sinistro;

- Euro 6.000.000 per annualità assicurativa e per serie di sinistri.

-Per la copertura di cui all'articolo 2, punto "studio professionale":

- Euro 2.000.000 per sinistro e per annualità assicurativa;

- Euro 2.000.000 per sinistro e per annualità assicurativa per i danni ai prestatori di lavoro.

Restano fermi i diversi limiti previsti dalle singole garanzie particolari richiamate nel presente regolamento.

Il massimale resta unico anche in presenza di più studi professionali.

In ogni caso, la massima esposizione non può mai superare l'importo di Euro 10.000.000 per sinistro e serie di sinistri.

Sono poi previste franchigie, nei termini di cui in seguito:

1. per la copertura "attività professionale" di cui all'art. 2 del presente regolamento:

a. nessuna franchigia per i danni derivanti da responsabilità extracontrattuale, e quindi per l'attività svolta senza assumere obbligazioni direttamente con il paziente, anche in caso di rivalsa per colpa grave conseguente a:

- azione di responsabilità amministrativa promossa dal Pubblico Ministero presso la Corte dei conti;

- azione promossa dalla struttura sanitaria o sociosanitaria privata;

- azione promossa dall'assicuratore della struttura sanitaria o sociosanitaria, anche in caso di surroga nel diritto di rivalsa;

b. Euro 1.000.000 per i danni derivanti da responsabilità contrattuale, e quindi per l'attività svolta in adempimento di obbligazioni assunte direttamente con il paziente.

La franchigia di cui sopra non si applica:

- ai medici di medicina generale o pediatri di libera scelta per le prestazioni cliniche, non specialistiche, svolte in libera professione, remunerate direttamente dai pazienti e rivolte esclusivamente ai propri assistiti, agli assistiti dei medici eventualmente operanti nella medesima forma associativa e ai cittadini che si trovano occasionalmente al di fuori della loro Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) di riferimento;
- ai medici in pensione che esercitano esclusivamente attività professionale pro bono.

Per la copertura "studio professionale" di cui all'art. 2 del presente regolamento, la franchigia è pari a Euro 200,00 per i danni a cose, restando fermi gli eventuali diversi limiti previsti da specifiche garanzie.

L'indennizzo al terzo danneggiato è versato senza applicazione di franchigia.

Quanto ai limiti territoriali, la copertura opera esclusivamente per l'attività professionale svolta dal socio nei seguenti ambiti territoriali statali:

- Italia;
- Repubblica di San Marino;
- Città del Vaticano.

Per i soli comprovati casi di interventi urgenti di primo soccorso prestati in stato di necessità, in virtù dell'obbligo deontologico, la copertura opera in tutto il mondo.

## Articolo 5. Protezione di eredi e tutori

In caso di decesso del socio, l'ultrattività decennale di copertura si intende prestata a favore degli eredi del socio stesso, senza pagamento di ulteriori premi.

Restano ferme le condizioni di operatività già previste per l'ultrattività, e pertanto la copertura postuma riguarda esclusivamente i sinistri denunciati nel periodo di ultrattività e originati da comportamenti colposi commessi nel periodo di efficacia dell'assicurazione.

La disciplina del presente articolo opera a favore degli eredi e degli aventi causa

del socio.

## Articolo 6. Responsabilità solidale

L'assicurazione opera a copertura di quanto il socio sia tenuto a risarcire in virtù del vincolo di solidarietà con altri soggetti.

## Articolo 7. Coesistenza di altre assicurazioni

Al momento dell'adesione a Galeno, il socio deve comunicare l'esistenza, ovvero la successiva stipula, di altre polizze assicurative a copertura della responsabilità professionale, ai sensi dell'art. 1910 c.c.

Nel caso di esistenza di altre polizze a copertura del medesimo rischio, la presente copertura opera per l'importo che eccede il massimale e i limiti di indennizzo previsti dall'altra polizza, e quindi in secondo rischio.

## Articolo 8. Obblighi in caso di sinistro. Surrogazione

Il socio è tenuto a fare il possibile per evitare o diminuire il danno, ai sensi dell'art. 1914 c.c.; lo stesso deve comunicare formalmente a mezzo PEC a Galeno il sinistro avvenuto entro 30 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o da quando ne abbia avuto conoscenza. Galeno chiederà poi ulteriore documentazione dovesse ritenersi necessaria, anche previa interlocuzione con l'Istituto assicurativo partner.

Il ritardo nella denuncia può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 c.c.

## Articolo 9. Atti invasivi

Ai fini della presente copertura, per interventi invasivi si intendono le indagini diagnostiche e le manovre terapeutiche che prevedono l'inserimento nell'organismo di sonde, cateteri o dispositivi medici utilizzati dalle diverse specializzazioni, quali, ad esempio:

- coronarografie;
- angioplastiche;
- gastroscopie;
- biopsie;
- impianto di pacemaker.

Non rientrano in tale definizione, e non sono pertanto qualificati come interventi invasivi ai sensi del presente regolamento, le prestazioni assimilabili, quali, ad esempio:

- prelievi venosi;
- iniezioni intramuscolari o endovenose di farmaci o soluzioni fisiologiche;
- medicazioni;
- suture superficiali;
- posizionamento di cateteri vescicali;
- infiltrazioni peri e intra articolari;
- ogni altra prestazione a esse equiparabile, secondo le evidenze scientifiche e le vigenti discipline di settore.

Gli interventi invasivi rientrano nel perimetro della copertura quando costituiscano attività professionale lecita, consentita e svolta nel rispetto delle competenze professionali del socio

# Regolamento TANDEM

107



## Articolo 1. Oggetto del regolamento

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

L'assistenza legale di Galeno Società mutua cooperativa in seguito più brevemente denominata "Galeno", è denominata "Tandem".

## Articolo 2. Assistenza legale

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

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

## Assistenza giudiziale medici

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

## **Galeno Società Mutua Cooperativa**

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

[www.cassagaleno.it](http://www.cassagaleno.it)