

**Polizza Rimborso spese**  
**da malattia e infortunio**

***ANNO 2014***

**MANUALE**  
**OPERATIVO**

**F.A.D.A.**

**IMPORTANTE: Le garanzie di questa polizza sono operative per le prestazioni eseguite a partire dal 01.01.2014.**

## **Premessa**

Questo Manuale si pone l'obiettivo di fornire ai dipendenti di **Nuovo Pignone S.p.A** e **Nuovo Pignone S.r.l.** iscritti al F.A.D.A, \_uno strumento per una chiara ed agevole interpretazione delle prestazioni offerte dal programma employee benefits, oltre a fornire tutta la modulistica necessaria per la denuncia dei sinistri.

**In ogni caso i seguenti dati rappresentano semplicemente i punti salienti della copertura assicurativa e non costituiscono quindi in alcun modo elemento vincolante ai fini della garanzia per la quale fa testo unicamente la polizza n. 330044080, con Contraente F.A.D.A. Stipulata con ASSICURAZIONI GENERALI S.P.A.**

Per illustrare l'estensione delle coperture, vengono fornite le seguenti informazioni:

- Definizione degli Assicurati;
- Oggetto dell'assicurazione;
- Definizione del rischio assicurato;
- Operatività della garanzia;
- Limite di età;
- Elenco principali garanzie con relativi limiti di indennizzo;
- Elenco principali esclusioni di garanzia;
- Modalità di comportamento in caso di sinistro.

**L'intento è quello di semplificare la comprensione dei contenuti della polizza, tuttavia tale descrizione mantiene un valore indicativo e non impegna la Società. In caso di dubbie interpretazioni, farà fede il testo della polizza in corso.**

## **POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA**

### **Assicurati**

I dipendenti di **Nuovo Pignone S.p.A** e **Nuovo Pignone S.r.l.** iscritti al F.A.D.A

### **Oggetto dell'assicurazione**

Il rimborso delle spese mediche effettuate **in conseguenza di malattia e/o infortunio**, da intendersi complementare ed integrativo al Servizio Sanitario Nazionale.

### **Definizioni**

- ♦ Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- ♦ Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

### **Operatività della garanzia**

Tutto il mondo.

### **Limite di età**

75 anni

### **Eventi assicurati**

N.B. tutte le spese indicate sotto i paragrafi, dalla lettera A alla O, si intendono comprese fino a concorrenza dell'importo di riferimento, salvo ove espressamente indicato un sottolimito.

Le garanzie comprendono anche gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento degli assicurati in copertura.

<b>GARANZIE per Dipendente in servizio ed adesioni al nucleo famiglia</b>	<b>MASSIMALI</b>	<b>SCOPERTI E/O FRANCHIGIE</b>	<b>DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE <i>No Convenzionamento Diretto</i></b>
<b>A. RICOVERO OSPEDALIERO CON O SENZA INTEVRETO CHIRURGICO</b>	<b>€ 150.000,00 per anno  (Eccetto parto cesareo)</b>	<b>SCOPERTO 15% con il minimo di € 1.000,00 per ricoveri in strutture private</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Originale delle fatture di spesa;</li> <li>• Fotocopia delle fatture di spesa;</li> <li>• Fotocopia della cartella clinica completa;</li> </ul> <p><b>N.B. La cartella clinica non verrà restituita.</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Grandi Interventi</li> </ul>	<b>€ 300.000,00 per anno</b>	<b>In caso di intervento chirurgico ambulatoriale: applicazione del solo scoperto 20%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificati medici di prescrizione con l'indicazione della patologia in caso di prestazioni extraricovero nei 120 giorni precedenti e successivi al ricovero;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Spese per gli onorari dei chirurghi, aiuto, assistente, anestesista ed ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento (compresi apparecchi terapeutici e endoprotesi applicati durante l'intervento)</li> </ul>	Compreso nel massimale A.	<b>Nessuna franchigia e/o scoperto in caso di malattia oncologica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per il rimborso dell'acquisto dei medicinali relativi al ricovero effettuato nei 120 giorni successivi al ricovero presentare la ricetta medica in originale o in copia e indicazione e indicazione sulla stessa del costo dei singoli prodotti con timbro della farmacia, unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami post intervento riguardanti il periodo di ricovero</li> </ul>	Compreso nel massimale A.	<b>IN REGIME DI CONVENZIONAMEN TO DIRETTO:</b>	<p><b>E' importante che, insieme alle ricevute raccolte durante il ricovero, l'Assicurato invii la documentazione di spesa relativa alle prestazioni (accertamenti o terapie) effettuate nei 120 giorni precedenti e successivi al ricovero ed inerenti ad esso. Tale documentazione, se presentata in tempi diversi, potrebbe creare dei disagi nel rimborso.</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Rette di degenza (<b>fino al massimo di € 200,00</b>)</li> </ul>	Compreso nel massimale A.	<b>Franchigia fissa € 500,00 per ricovero in strutture private (escluso il costo della differenza sulla retta di degenza)</b>	<p><b>In caso di retta accompagnatore, saranno considerati validi per il rimborso solo fatture/ricevute fiscali intestate all' accompagnatore. I semplici scontrini fiscali non saranno indennizzati.</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Parto naturale</li> </ul>	<b>Rimborso forfettario di € 300,00</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Prelievo organi o parte di essi, nonché spese per il donatore per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza</li> </ul>	<b>Compreso nel massimale A.</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Day Hospital (Accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali, rette di degenza ed inoltre esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 giorni precedenti e successivi al ricovero.)</li> </ul>	<b>Compreso nel massimale A.</b>	<b>Nessuna franchigia e/o scoperto in caso di intervento chirurgico ambulatoriale</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Interventi chirurgici ambulatoriali</li> </ul>	<b>Compreso nel massimale A.</b>		

<b>GARANZIE per Dipendente in servizio ed adesioni al nucleo famiglia</b>	<b>MASSIMALI</b>	<b>SCOPERTI E/O FRANCHIGIE</b>	<b>DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE <i>No Convenzionamento Diretto</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Trasporto assicurato e un accompagnatore in Italia e all'estero con qualsiasi mezzo esclusa auto propria.</li> </ul>	<b>€ 1.500,00 per anno/evento</b>	<i>COME ALLA PAGINA PRECEDENTE</i>	<i>COME ALLA PAGINA PRECEDENTE</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Retta accompagnatore, massimo 90 giorni</li> </ul>	<b>€ 100,00 al gg.</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diaria sostitutiva del rimborso, massimo 90 giorni</li> </ul>	<b>€ 100,00 al gg.</b>	<b>Nessuna franchigia e/o scoperto</b> per retta accompagnatore e trasporto, a seguito di diaria ospedaliera (restano validi i limiti giornalieri).	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rimborso spese rimpatrio salma in caso di decesso all'estero</li> </ul>	<b>€ 4.000,00 per evento</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anticipo indennizzi nel caso in cui l'istituto di cura chieda il pagamento di un anticipo</li> </ul>	<b>Nel limite dell' 80% della somma assicurata</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Parto cesareo</li> </ul>	<b>€ 7.500,00 per anno</b>	<b>SCOPERTO 15% con il minimo di € 1.000,00 per ricoveri e spese in strutture private</b>  <b>IN REGIME DI CONVENZIONAMEN TO DIRETTO:</b>  <b>Franchigia fissa € 500,00 per ricovero in strutture private (escluso il costo della differenza sulla retta di degenza)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Spese per accertamenti diagnostici, compresi onorari medici, effettuati e fatturati nei 120 giorni antecedenti e relativi al ricovero</li> </ul>	<b>Compreso nel massimale A.</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Spese rese necessarie dall'intervento sostenute dopo la cessazione del ricovero: esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici, rieducativi, effettuate e fatturate nei 120 giorni successivi al ricovero</li> </ul>	<b>Compreso nel massimale A.</b>	<b>SCOPERTO 20% A seguito di ricoveri in strutture pubbliche o private</b>	

<b>GARANZIE</b> <b>per Dipendente in servizio ed adesioni al</b> <b>nucleo famiglia</b>	<b>MASSIMALI</b>	<b>SCOPERTI E/O</b> <b>FRANCHIGIE</b>	<b>DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE</b> <u><b>No Convenzionamento Diretto</b></u>		
<p><b>B. SPESE EXTRA-OSPEDALIERE</b> <i>(trattasi di particolari esami diagnostici strumentali e di alcune terapie mediche, il cui costo risulta normalmente più elevato delle cure ed accertamenti di cui al punto successivo)</i></p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="147 371 483 782"> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Amniocentesi</li> <li>♦ Angiografia</li> <li>♦ Arteriografia</li> <li>♦ Cistografia</li> <li>♦ Colonscopia</li> <li>♦ Coronografia</li> <li>♦ Densitometria</li> <li>♦ Doppler</li> <li>♦ ECG sotto sforzo</li> <li>♦ Ecocardiografia</li> <li>♦ Ecodoppler</li> <li>♦ Ecografia</li> <li>♦ Elettroencefalografia</li> <li>♦ Elettromiografia</li> </ul> </td> <td data-bbox="483 371 819 782"> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Endoscopia</li> <li>♦ Holter</li> <li>♦ Laserterapia</li> <li>♦ Mammografia</li> <li>♦ M.O.C.</li> <li>♦ Radioterapia</li> <li>♦ Rettoscopia</li> <li>♦ Risonanza magnetica</li> <li>♦ Scintigrafia</li> <li>♦ Test cicloergometrico</li> <li>♦ T.A.C.</li> <li>♦ Telecuore</li> <li>♦ Urografia</li> <li>♦ Ultrasuoni</li> </ul> </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Amniocentesi</li> <li>♦ Angiografia</li> <li>♦ Arteriografia</li> <li>♦ Cistografia</li> <li>♦ Colonscopia</li> <li>♦ Coronografia</li> <li>♦ Densitometria</li> <li>♦ Doppler</li> <li>♦ ECG sotto sforzo</li> <li>♦ Ecocardiografia</li> <li>♦ Ecodoppler</li> <li>♦ Ecografia</li> <li>♦ Elettroencefalografia</li> <li>♦ Elettromiografia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Endoscopia</li> <li>♦ Holter</li> <li>♦ Laserterapia</li> <li>♦ Mammografia</li> <li>♦ M.O.C.</li> <li>♦ Radioterapia</li> <li>♦ Rettoscopia</li> <li>♦ Risonanza magnetica</li> <li>♦ Scintigrafia</li> <li>♦ Test cicloergometrico</li> <li>♦ T.A.C.</li> <li>♦ Telecuore</li> <li>♦ Urografia</li> <li>♦ Ultrasuoni</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>€ 5.000,00</b> per anno</p>	<p style="text-align: center;"><b>Scoperto 25%</b> <b>Ticket ospedalieri</b> <b>al 100%</b></p> <p style="text-align: center;"><b>IN REGIME DI</b> <b>CONVENZIONAMEN</b> <b>TO DIRETTO:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Franchigia fissa</b> <b>€ 20,00</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Originale della fattura di spesa;</li> <li>• Fotocopia della fattura di spesa;</li> <li>• Referti o prescrizioni mediche indicanti la patologia certa o presunta che ha richiesto la prestazione.</li> </ul> <p><b>N.B. Si ricorda che sono sempre escluse da ogni tipo di rimborso le visite e gli accertamenti di controllo o di prevenzione</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Amniocentesi</li> <li>♦ Angiografia</li> <li>♦ Arteriografia</li> <li>♦ Cistografia</li> <li>♦ Colonscopia</li> <li>♦ Coronografia</li> <li>♦ Densitometria</li> <li>♦ Doppler</li> <li>♦ ECG sotto sforzo</li> <li>♦ Ecocardiografia</li> <li>♦ Ecodoppler</li> <li>♦ Ecografia</li> <li>♦ Elettroencefalografia</li> <li>♦ Elettromiografia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Endoscopia</li> <li>♦ Holter</li> <li>♦ Laserterapia</li> <li>♦ Mammografia</li> <li>♦ M.O.C.</li> <li>♦ Radioterapia</li> <li>♦ Rettoscopia</li> <li>♦ Risonanza magnetica</li> <li>♦ Scintigrafia</li> <li>♦ Test cicloergometrico</li> <li>♦ T.A.C.</li> <li>♦ Telecuore</li> <li>♦ Urografia</li> <li>♦ Ultrasuoni</li> </ul>				

<p><b>C. VISITE SPECIALISTICHE</b></p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Originale della fattura di spesa;</li> <li>• Fotocopia della fattura di spesa;</li> <li>• Referti o prescrizioni mediche indicanti la patologia certa o presunta che ha richiesto la prestazione.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Onorari medici per visite e prestazioni specialistiche (escluse pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche)</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>€ 1.500,00</b> per anno</p> <p style="text-align: center;"><b>(sottomassimale di €</b> <b>5.000,00 previsti alla</b> <b>lett. B)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Scoperto 25%</b></p>	<p><b>N.B. Si ricorda che sono sempre escluse da ogni tipo di rimborso le visite e gli accertamenti di controllo o di prevenzione</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Ticket ospedalieri</li> </ul>		<p style="text-align: center;"><b>Nessuno scoperto</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Visite intramoenia</li> </ul>		<p style="text-align: center;"><b>Scoperto 25%</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Accertamenti diagnostici</li> </ul>		<p style="text-align: center;"><b>Scoperto 25%</b></p>	

<b>GARANZIE</b> per Dipendente in servizio ed adesioni al nucleo famiglia	<b>MASSIMALI</b>	<b>SCOPERTI E/O FRANCHIGIE</b>	<b>DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE</b> <u>No Convenzionamento Diretto</u>
<b>D. FISIOTERAPIA</b> Trattamenti fisioterapici e rieducativi (compreso osteopatici e chiropratici)	<b>€ 600,00</b> per anno	<b>Scoperto 40%</b> <b>Ticket ospedalieri al 100%</b>  <b>IN REGIME DI CONVENZIONAMENTO DIRETTO</b> <b>(Procedura a pag. 13)</b>  <b>Scoperto 20%</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modulo Pronto-Care per trattamenti fisioterapici;</li> <li>• Originale della fattura o ricevuta di spesa;</li> <li>• Fotocopia della fattura o ricevuta di spesa;</li> <li>• Copia della prescrizione medica del <b>medico specialista</b>, con indicazione della diagnosi per la quale si richiedono le prestazioni.</li> </ul>
<b>E. MALATTIE ONCOLOGICHE</b> Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessari da malattia oncologica.	<b>€ 5.000,00</b> per anno	<b>Nessuna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Originale della fattura o ricevuta di spesa;</li> <li>• Fotocopia della fattura o ricevuta di spesa;</li> <li>• Copia della prescrizione medica con indicazione della diagnosi per la quale si richiedono le prestazioni.</li> </ul>

**FINE DELLE COPERTURE PER ADESIONE AL NUCLEO FAMIGLIA**

<b>GARANZIE (per il solo Dipendente in servizio)</b>	<b>MASSIMALI</b>	<b>SCOPERTI E/O FRANCHIGIE</b>	<b>DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE</b> <i>No Convenzionamento Diretto</i>
--	------------------	--------------------------------	---

<b>F. MEDICINA PREVENTIVA</b>		
<p>Accertamenti diagnostici a scopo preventivo da intendersi quali:</p> <p><b>UOMO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita cardiologia con ECG</li> <li>- RX Torace</li> <li>- Ecografia addome</li> <li>- Accertamento dell' Antigene Prostatico</li> </ul> <p><b>DONNA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita cardiologia con ECG</li> <li>- RX Torace</li> <li>- Esame citologico delle urine</li> <li>- Visita ginecologica con i relativi accertamenti (pap test, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia transvaginale)</li> </ul> <p><b>TUTTI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esame del sangue con ALT, AST, GAMMA GT, Glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, PTT, PT, VES</li> <li>- un esame delle urine ed una ricerca di sangue occulto nelle feci (hemmocult)</li> <li>- una visita odontoiatrica o un'ablazione del tartaro in uno degli studi odontoiatrici convenzionati con Pronto-Care (vedi procedura a pag. 12)</li> <li>- una visita dermatologica per controllo nei ed esame della cute (diagnosi precoce del melanoma)</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>€ 400,00 anno</b></p> <p><b>GARANZIA VALIDA PER IL SOLO DIPENDENTE IN SERVIZIO</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Nessuna</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Originale della fattura o ricevuta di spesa;</li> <li>• Fotocopia della fattura o ricevuta di spesa.</li> </ul>
--



## GARANZIE Per Dipendenti e soli familiari fiscalmente a carico (solo ove indicato nei paragrafi successivi)

GARANZIE	MASSIMALI	
<p><b>G. CURE DENTARIE</b> (Garanzia valida per il solo dipendente in servizio, tranne la terapia ortodontica valida anche per i figli fiscalmente a carico)</p>	<p><b>€ 2.000,00</b> per anno</p>	<p>Per le percentuali di rimborso vedere tabella sotto</p>

### DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE *No Convenzionamento Diretto*

- Originale della fattura con il dettaglio delle prestazioni;
  - Fotocopia della fattura con il dettaglio delle prestazioni;
  - Modulo Pronto-Care, sottoscritto dal medico dentista;
- IN CASO DI APPARECCHI ORTODONTICI PRESENTARE ANCHE:**
- Dichiarazione del medico dentista su carta intestata in cui si attesta la patologia per la quale è richiesto l' apparecchio ortodontico. Se trattasi di figlio fiscalmente a carico, presentare autocertificazione
  - Modello di studio emesso dall' ortodontista;
- IN CASO DI IMPLANTOLOGIA PRESENTARE ANCHE:**
- Dichiarazione di conformità dell' impianto;
- N.B. La data delle fatture presentate a rimborso dovrà riferirsi all' annualità in cui è stata effettuata la prestazione.**

PRESTAZIONE	% di rimborso IN RETE PRONTO-CARE	% di rimborso FUORI RETE	PRESTAZIONE	% di rimborso IN RETE PRONTO- CARE	% di rimborso FUORI RETE
Visita odontoiatrica	100%	0	Endodonzia	90%	70%
Ablazione tartaro	100%	0	Visita emergenza	100%	80%
Radiografia comp.	100%	50%	Implantologia	50%	30%
Paradontologia	50%	30%	Protesica	40%	20%
Conservativa	90%	60%	Ortodonzia <i>(a favore del dipendente e dei figli fiscalmente a carico)</i>	50%	30%
Chirurgia	90%	70%			

GARANZIE	MASSIMALI	SCOPERTI E/O FRANCHIGIE
----------	-----------	-------------------------

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE <i>No Convenzionamento Diretto</i>
--

<b>H. RIMBORSO SPESE PER APPARECCHI DI PROTESI ED ORTESI</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortopediche</li> <li>• Acustiche</li> <li>• Terapeutiche (tutori, cavigliere, plantari, ...)</li> </ul>	<b>RIMBORSO DEL 60%</b> Garanzia prestata per il dipendente ed il coniuge e i figli fiscalmente a carico.	<b>Nessuna</b>
---	--	----------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Originale della fattura o ricevuta di spesa;</li> <li>• Fotocopia della fattura o ricevuta di spesa;</li> <li>• Copia della prescrizione medica con indicazione della diagnosi per la quale si richiede l'acquisto/noleggio di protesi ortopediche, terapeutiche, acustiche.</li> </ul> <p><b>N.B. Se trattasi di coniuge o figli fiscalmente a carico, presentare autocertificazione.</b></p>
---

<b>I. RIMBORSO SPESE PER LENTI E/O LAC</b>	Garanzia prestata per il dipendente ed il coniuge ed i figli fiscalmente a carico	<b>Scoperto 30%</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lenti e/o lenti a contatto (escluso il costo delle montature – garanzia prestata solo con modifica visus/prima prescrizione)</li> </ul>	<b>€ 300,00 per anno</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo lenti a contatto (senza modifica del visus)</li> </ul>	<b>€ 150,00 per anno</b>  <b>(sottomassimale di € 300,00 previsti alla lett. H)</b>	

<b>OCCHIALI/LENTI A CONTATTO (CON MODIFICA DEL VISUS)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Originale della fattura o ricevuta di spesa o scontrino parlante, con suddivisione del costo fra lenti e montature;</li> <li>• Fotocopia della fattura o ricevuta di spesa o scontrino parlante;</li> <li>• Lettura del visus dell'anno in corso, con indicazione da parte dell'ottico "modifica visus" o "prima prescrizione";</li> </ul> <p><b>N.B. Nel caso in cui l'ottico non indichi alcuna nota, è necessario inviare anche la lettura del visus precedente.</b></p> <p><b>PER LENTI A CONTATTO (SENZA MODIFICA DEL VISUS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Originale della fattura o ricevuta di spesa o scontrino parlante;</li> <li>• Fotocopia della fattura o ricevuta di spesa o scontrino parlante;</li> <li>• Lettura del visus dell'anno in corso.</li> </ul> <p><b>ATTENZIONE: La lettura del visus ha validità un anno.</b></p> <p><b>N.B. Se trattasi di coniuge o figli fiscalmente a carico, presentare autocertificazione.</b></p>
---

GARANZIE	MASSIMALI	SCOPERTI E/O FRANCHIGIE	DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE <i>No Convenzionamento Diretto</i>
<b>L. RIMBORSO SPESE PER PORTATORI DI PATOLOGIE INVALIDANTI</b>	Garanzia prestata per il rimborso delle spese sostenute dal dipendente per i familiari fiscalmente a carico portatori di patologie invalidanti dalla nascita o derivanti da malattie o traumi. Il rimborso è effettuato nel limite del <b>75% delle spese sostenute</b> . Per le patologie successive alla nascita il grado di invalidità accertata deve essere superiore al 65%. <b>Il rimborso viene effettuato per le sole spese riconducibili alla patologia invalidante.</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Originale della fattura o ricevuta di spesa;</li> <li>• Fotocopia della fattura o ricevuta di spesa;</li> <li>• Documentazione medica che attesti il grado ed il tipo di invalidità.</li> </ul>
<b>M. INDENNITA' PER INABILITA' TEMPORANEA DA MALATTIA E INFORTUNIO FINALIZZATA AL RECUPERO DELLA SALUTE</b>	Garanzia prestata a favore del dipendente con le seguenti modalità : <b>a)</b> un importo pari al 20% della retribuzione netta mensile per il periodo in cui, a termini del CCNL, la retribuzione viene ridotta al 80%; <b>b)</b> un importo pari al 100% della retribuzione netta mensile per il periodo in cui, a termini del CCNL, il dipendente supera i limiti di conservazione del posto di lavoro con conseguente perdita al diritto di retribuzione.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentazione medica che attesti la diagnosi ;</li> <li>• Dichiarazione dell' Ufficio del Personale per i giorni di assenza dall' attività lavorativa e l' importo da integrare.</li> </ul>
<b>N. RIMBORSO SPESE PER L'ELIMINAZIONE DEI DIFETTI DI RIFRAZIONE</b>	Garanzia prestata a favore del dipendente		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Originale della fattura o ricevuta di spesa;</li> <li>• Fotocopia della fattura o ricevuta di spesa;</li> <li>• Dichiarazione medica dell'intervento con specificata la gradazione mancante.</li> </ul>
Con un deficit visivo superiore (non uguale) alle 4 diottrie per occhio di miopia ed anisometropia superiore (non uguale) alle 6 diottrie	<b>€ 2.500,00 per anno</b>		
<b>O. RIMBORSO SPESE PER MEDICINALI E PRODOTTI FARMACEUTICI</b>	Garanzia prestata per il dipendente ed il coniuge ed i figli fiscalmente a carico	<b>50%</b> delle spese sostenute e purchè la spesa sia superiore a <b>€ 200,00 per evento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Originale dello scontrino della farmacia;</li> <li>• Fotocopia dello scontrino della farmacia;</li> <li>• Prescrizione medica da parte del medico specialista, con indicazione della diagnosi.</li> </ul>

## ESCLUSIONI

- ♦ *Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;*
- ♦ *Gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche ed alle relative prove ed allenamenti;*
- ♦ *Gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto l'influenza di psicofarmaci di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci ( non assunte a scopo terapeutico);*
- ♦ *Gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;*
- ♦ *Gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;*
- ♦ *Le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza ;*
- ♦ *Le cure e gli interventi per la correzione o l'eliminazione dei difetti di rifrazione;*
- ♦ *Le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;*
- ♦ *Le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici ed ad uso di allucinogeni, nonché, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci o stupefacenti;*
- ♦ *Le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;*
- ♦ *Chirurgia plastica a scopo estetico salvo quella a scopo ricostruttivo da infortunio;*
- ♦ *Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
- ♦ *Le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;*
- ♦ *Le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.*
- ♦ *Agopuntura.*
- ♦ *Ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza ovvero quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.*
- ♦ *Cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS (c.d. protocolli sperimentali).*

## **PROCEDURA OPERATIVA "PRONTO-CARE" PER CURE DENTARIE E TRATTAMENTI FISIOTERAPICI**

I dipendenti possono usufruire dei servizi **per le cure dentarie, medicina preventiva (visita odontoiatrica e/o ablazione del tartaro) e per i trattamenti fisioterapici**, tramite **Pronto-Care**, provider delle Assicurazioni Generali Spa Pronto-Care è una società specializzata nella gestione di programmi dentali integrati attraverso i numerosi dentisti e strutture convenzionate presenti su tutto il territorio nazionale.

### **IL SERVIZIO PREVEDE**

- Pagamento diretto da parte di Generali delle cure erogate in rete
- Servizio di assistenza clienti attraverso numero verde
- Possibilità di individuare il dentista del network più idoneo alle esigenze dell' Assistito
- Conduzione degli appuntamenti
- Modulistica per la richiesta di rimborso per prestazioni odontoiatriche Fuori-Rete

### **ACCESSO AL SERVIZIO**

Per usufruire del servizio l'Assicurato dovrà contattare Pronto-Care al **Numero Verde 800 197397**, attivo dal lunedì al venerdì dalle 09,00 alle 18,00, o tramite e-mail all'indirizzo **info@pronto-care.com**

L'assicurato è tenuto a contattare sempre il servizio Clienti prima di effettuare una visita o una prestazione odontoiatrica eccetto i casi di emergenza che si verifichino al di fuori dell'orario di servizio.

### **CURE ODONTOIATRICHE E TRATTAMENTI FISIOTERAPICI "IN RETE"**

Gli Studi Convenzionati sono gli studi presso i quali l'Assicurato può rivolgersi previa autorizzazione telefonica del Servizio Clienti per usufruire delle prestazioni garantite dalla polizza che verranno pagate direttamente dalla Società con le modalità e nei tempi previsti dalla stessa.

Ulteriori informazioni su Pronto-Care e l'elenco dei dentisti e delle strutture convenzionate sono disponibili sul sito **www.pronto-care.com**.

## **MODALITÀ DI COMPORTAMENTO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE (NO PAGAMENTO DIRETTO)**

*Qualora non fosse attuabile la modalità per l' utilizzo del pagamento diretto per gli accertamenti diagnostici e in caso di rimborso delle spese sostenute, purché le stesse siano documentabili, il Dipendente, dovrà seguire la procedura sotto indicata:*

1. **COMPILARE** in dettaglio il MODULO di richiesta di rimborso, presentando una richiesta per ogni persona assicurata appartenente al proprio nucleo familiare e per ogni evento;
2. **ALLEGARE** al modulo compilato la documentazione richiesta;
3. **INVIARE** alla Spett.le Assicurazioni Generali S.p.A., Agenzia Firenze Rifredi, Via Panciatichi 106 -50127 Firenze, la documentazione indicata al punto 2 con la massima sollecitudine e comunque possibilmente entro 30 giorni dalla data in cui ne è entrato in possesso.  
**N.B. In caso di presentazione di spese pre/post ricovero a seguito di ricovero/day hospital/intervento ambulatoriale IN REGIME DI CONVENZIONAMENTO DIRETTO, è necessario indicare, sul modulo di richiesta di rimborso, il numero di sinistro rilasciato dalla Centrale Operativa.**

**Si ricorda comunque che se le richieste dovessero pervenire dopo oltre due anni dalla data in cui è maturato il diritto, dovranno intendersi prescritte per cui non più rimborsabili.**

**N.B. SI CONSIGLIA** di inoltrare la documentazione a mezzo raccomandata agli uffici principali delle **Assicurazioni Generali S.p.A., Agenzia di Firenze Rifredi - Via Panciatichi, 106 - 50127 Firenze.**

### **COMPORAMENTO PER L' UTILIZZO DEL PAGAMENTO DIRETTO PER RICOVERO IN CASE DI CURA CONVENZIONATE**

**General Electric** e le **Assicurazioni Generali**, in collaborazione con GBS, hanno studiato e realizzato un nuovo servizio di accesso ad una **Rete di Centri Clinici Convenzionati**, in grado di fornire agli Assicurati prestazioni sanitarie di elevata qualità ed a costi vantaggiosi.

L'elenco dei centri convenzionati è disponibile al sito: [www.generali.it](http://www.generali.it) – strutture convenzionate – strutture sanitarie.

**Per accedere ai servizi è necessario che l'Assicurato contatti preventivamente la Centrale Operativa, in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20, il sabato dalle 8 alle 13, chiamando dall'Italia o dall'estero il numero:**

**02-40959628**

comunicando:

- **Cognome e nome**
- **Contraente e titolare della polizza**
- **Numero di polizza: FADA N. 330044080**
- **Recapito telefonico dove poter contattare l'assicurato per aggiornarlo nel corso dell'assistenza diretta**

In caso di **ricoveri urgenti** in orario diverso da quello indicato, si richiede all'assicurato di contattare la Centrale Operativa il **primo giorno feriale disponibile.**

**DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA CENTRALE OPERATIVA PER  
LA PROCEDURA DI PAGAMENTO DIRETTO DEI RICOVERI NEI  
CENTRI CLINICI CONVENZIONATI.**

Il servizio comprende:

**- Accesso alla Rete di Centri Clinici Convenzionati e di Équipes Mediche Convenzionate.**

Per Rete di Centri clinici Convenzionati si intendono **le strutture sanitarie** (Ospedali, Case di Cura) ed **i professionisti convenzionati** con la Centrale Operativa, alla quale l'Assicurato potrà essere indirizzato dalla Centrale Operativa stessa, per usufruire delle **prestazioni sanitarie garantite in polizza**. In caso di ricovero tali prestazioni sono fornite senza che l'Assicurato debba provvedere ad anticipi o pagamenti, che verranno effettuati direttamente ai Centri Clinici ed alle Équipes Mediche convenzionati, nei limiti e con le modalità previste in polizza.

**- Prenotazione del Centro Clinico Convenzionato, nel caso di ricoveri, con o senza intervento chirurgico.**

Qualora l'Assicurato necessiti di una prenotazione per un ricovero, con o senza intervento chirurgico, è sufficiente che contatti la Centrale Operativa. **Valutate le specifiche esigenze** cliniche dell'Assicurato ed in virtù dei canali preferenziali d'accesso, la **Centrale Operativa prenota il ricovero** in nome e per conto dell'Assicurato presso il Centro Clinico Convenzionato e con l'Équipe Medica Convenzionata, **dandone all'Assicurato stesso conferma telefonica**.

**- Pagamento diretto delle spese garantite dalla polizza nel caso di ricoveri con o senza intervento chirurgico, purché eseguiti in un Centro Clinico Convenzionato e con una Équipe Medica Convenzionata.**

Qualora l'Assicurato, dopo avere preso contatto con la Centrale Operativa, decida di avvalersi del Centro Clinico e dell' Équipe Medica Convenzionata da questo proposta, a ricovero avvenuto o a prestazione sanitaria erogata, **la Centrale Operativa paga direttamente le spese dovute per le prestazioni** mediche ed ospedaliere purché indennizzabili a termini di polizza, ferma l'applicazione della franchigia, che dovrà essere comunque versata dall'Assicurato al Centro o all'Équipe convenzionata, al momento della dimissione.

**L'Assicurato dovrà invece provvedere al pagamento delle spese o delle eccedenze di spesa a Suo carico per prestazioni non indennizzabili a termini di polizza.**

*Si ribadisce quindi che il diritto al pagamento diretto, ferme restando le condizioni di polizza, si ottiene solo nel caso che l'Assicurato si avvalga sia di un Centro Clinico Convenzionato, che di un'Équipe Medica Convenzionata. In altri casi (ad esempio ricorso ad Équipe Mediche non convenzionate pur all'interno di Centri Clinici Convenzionati) non potrà essere concesso il pagamento diretto, e l'intero indennizzo sarà corrisposto a rimborso.*

Relativamente alle prestazioni per e post-ricovero l'Assicurato, anche usufruendo dei Centri Clinici Convenzionati, provvederà direttamente al pagamento delle spese mediche sostenute, che gli saranno in seguito rimborsate.

All'atto del ricovero presso un Centro Medico Convenzionato, l'Assicurato dovrà sottoscrivere l'apposita "**lettera d' impegno**", documento che ribadisce gli obblighi reciproci tra Centro Medico Convenzionato e Assicurato, integrata con gli adempimenti relativi a quanto previsto dal D.lgs. n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali.

**MODALITÀ DI DENUNCIA e DI INDENNIZZO DEL SINISTRO**

**- Pagamento diretto delle spese garantite dalla polizza nel caso di ricoveri con o senza intervento chirurgico, purché eseguiti in un Centro Clinico Convenzionato e con una Équipe Medica Convenzionata.**

Per i ricoveri effettuati presso i Centri Clinici Convenzionati, per i quali l'Assicurato può ricorrere al "pagamento diretto", la denuncia del sinistro si identifica con l'attivazione, previa telefonata, della Centrale Operativa.

La Centrale Operativa provvederà a liquidare direttamente i Centri Medici Convenzionati, in nome e per conto dell'Assicurato, restituendo a quest'ultimo la relativa documentazione contabile, debitamente quietanzata.

**- Rimborso delle spese sostenute nel caso delle prestazioni extra ricovero garantite dalla polizza e nel caso di ricoveri eseguiti in un Centro Clinico non convenzionato e/o con un' Equipe Medica non convenzionata.**

Le spese sostenute dall'Assicurato per tutte le prestazioni extra ricovero garantite dalla polizza, come pure quelle sostenute per i casi di ricovero con o senza intervento chirurgico effettuati in un Centro Clinico non convenzionato e/o con un'Equipe Medica non convenzionata, saranno rimborsate direttamente all'Assicurato, ai sensi di polizza.

In tutti i casi per i quali è previsto il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, questi deve presentare la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica.

### **INTRODUZIONE ALLA RETE DEI CENTRI CLINICI CONVENZIONATI**

**L'elenco dei Centri Clinici Convenzionati rappresenta una guida di facile e rapida consultazione per l'accesso alla rete delle strutture sanitarie convenzionate con la Centrale Operativa.**

Tale rete convenzionata è suscettibile di modifiche nel corso dell'anno, potendo la Centrale Operativa stipulare nuovi accordi o recedere da convenzioni in essere nel periodo di validità del servizio reso in favore degli Assicurati di GE.

Pertanto l'elenco riportato nella presente Guida ha valore orientativo per l'Assicurato.

La Centrale Operativa provvede alla revisione costante della propria Banca Dati, potendo fornire all'Assicurato un servizio sempre aggiornato.

Tali premesse qualificano **l'esigenza che la Centrale Operativa venga attivata in via preliminare da parte dell'Assicurato**, chiamando dall'Italia o dall'estero il numero

**02-40959628**

comunicando:

- **Cognome e nome;**
- **Numero di polizza;**
- **Recapito telefonico dove poter contattare l'assicurato per aggiornarlo nel corso dell'assistenza diretta.**

Per quanto superfluo si ribadisce che l'Assicurato avrà diritto al pagamento diretto delle spese fatturate dai professionisti e dalle strutture convenzionate solo limitatamente alle prestazioni svolte in regime di ricovero e solo quando queste siano state garantite dalla Centrale Operativa.

L'Assicurato potrà comunque ricorrere ai Centri Clinici Convenzionati anche per le prestazioni che non sono previste dalla polizza, i quali applicheranno comunque le tariffe concordate e le agevolazioni previste dalla convenzione con la Centrale Operativa.



## **COMPORAMENTO PER L' UTILIZZO DEL PAGAMENTO DIRETTO PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare un accertamento diagnostico presso una casa di cura o un centro diagnostico convenzionato, è necessario attivare preventivamente la Centrale Operativa al fine di verificare il convenzionamento della struttura prescelta.

La richiesta per attivare il pagamento diretto deve essere effettuata telefonicamente chiamando la **Centrale Operativa** al n. **02-40959628** e comunicando:

- **Cognome e nome**
- **Recapito telefonico dove poter contattare l'assicurato per aggiornarlo nel corso dell'assistenza diretta**

Alla positiva verifica del convenzionamento da parte della Centrale Operativa della struttura sanitaria, al fine di proseguire nella gestione, è necessario che l'assicurato trasmetta al seguente n. di fax **041-2598849** la prescrizione medica con l'indicazione dell'indagine strumentale da effettuare con motivo della richiesta (diagnosi certa o presunta).

La **preventiva richiesta** dell'assicurato, **l'invio della prescrizione del medico** che certifichi la necessità della prestazione e **la successiva conferma** da parte della **Centrale Operativa**, **sono condizioni indispensabili per l'operatività del pagamento diretto.**

All'atto del ricevimento della certificazione medica, **la Centrale Operativa**, valutata la **congruità medico-assicurativa** della prestazione, **autorizza** alla struttura convenzionata (tramite l'invio di un fax) **il pagamento diretto** nel rispetto delle condizioni generali di assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura).

**L'assicurato** al momento dell'accettazione presso gli ambulatori, dovrà sottoscrivere la "**lettera d'impegno**" documento che riporta gli obblighi reciproci tra assicurato e Centro Convenzionato, in relazione alla/e prestazioni e con riferimento alle condizioni di assicurazione.

Il Centro Clinico Convenzionato trasmetterà a GGL direttamente gli originali delle fatture e copia dei referti, per il pagamento delle prestazioni nel rispetto delle convenzioni in essere con le Strutture Sanitarie.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa, non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte della Compagnia Assicuratrice.

## ***SERVIZIO DI ASSISTENZA TELEFONICA***

Al fine di chiarire eventuali dubbi interpretativi o fornire maggiori dettagli di carattere tecnico ed operativo, Assicurazioni Generali S.p.A. Agenzia di Firenze Rifredi/Sesto Fiorentino Via Panciatichi, 106 mette inoltre a disposizione il proprio ufficio interno al Nuovo Pignone al quale si potrà accedere chiamando il numero telefonico 055 4232072 (dal lunedì al giovedì dalle h. 9,00 alle h. 16 ed il venerdì dalle ore 9,00 alle h.13,30).

## ***TEMPISTICA DI LIQUIDAZIONE***

I risarcimenti verranno effettuati in circa 60 giorni dal ricevimento, da parte di Assicurazioni Generali, di tutta la documentazione completa, con accredito diretto sul conto corrente bancario dell'Assicurato.

Verrà inoltre restituita vidimata, all'Assicurato, tutta la documentazione inoltrata in originale. Successivamente verrà inviato un modulo riassuntivo degli importi liquidati. E' quindi di fondamentale importanza che nel modulo di richiesta di rimborso venga compilata con cura la parte relativa all'indirizzo ove si desidera ricevere la corrispondenza.

## ***ESTENSIONE AL NUCLEO FAMILIARE***

E' data facoltà ad ogni singolo assicurato di estendere le coperture a favore del proprio nucleo familiare, intendendosi per tale il coniuge o convivente more uxorio sempre ed i figli fiscalmente a carico, con un premio aggiuntivo annuo a carico del dipendente pari a **€ 220,00**.

La copertura può essere estesa anche ai figli conviventi ma non fiscalmente a carico, con un premio aggiuntivo per ogni figlio pari a **€ 140,00**.

**N.B. Le garanzie prestate per il nucleo familiare sono quelle elencate nei paragrafi "A", "B", "C", "D", "E" ed i massimali passeranno da anno/assicurato ad anno/nucleo familiare.**

## **RIFERIMENTI DELL' AGENZIA**

I riferimenti sottostanti sono a disposizione per qualsiasi chiarimento sia per quanto concerne questioni di applicazione delle garanzie di polizza che per poter vedere lo stato dei sinistri ed informazioni in genere.

**Si prega in ogni caso di privilegiare il contatto via e-mail per poter usufruire di un miglior servizio e ricevere risposte più complete.**

### **Ufficio presso stabilimento Nuovo Pignone:**

Via Felice Matteucci, 2 Firenze 50127  
Telefono 055-4232072/055-4586082  
( Riferimento Fabiana )  
E-mail [generalias@ge.com](mailto:generalias@ge.com)

### **Agenzia Firenze Rifredi/Sesto Fiorentino:**

Via Panciatichi, 106 Firenze 50127  
Telefono 055-795601  
E-mail [firenzerifredi@agenzie.generali.it](mailto:firenzerifredi@agenzie.generali.it)  
( Riferimento Letizia )

### **Agenti:**

Paolo TRILLI            Tel. 348 1401815  
[paolo.trilli@reteagenzie.generali.it](mailto:paolo.trilli@reteagenzie.generali.it)

Roberto IASCONI        Tel. 346 3515815  
[roberto.iascone@reteagenzie.generali.it](mailto:roberto.iascone@reteagenzie.generali.it)

Dario INCERPI            Tel. 347 3325137  
[dario.incerpi@reteagenzie.generali.it](mailto:dario.incerpi@reteagenzie.generali.it)