NOMENCLATORE PIANO SANITARIO EXECUTIVE

GRUPPO FERROVIE DELLO STATO

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione (regime di assistenza diretta e rimborsuale), le disposizioni particolari e l'importo del rimborso.

GLOSSARIO

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Assistito/i: il/i dipendente/i dell'Associato che usufruirà/anno del presente Piano di Assistenza Sanitaria Integrativa.

Associato: Ferrovie dello Stato Italiane S.p.A in proprio e in nome e per conto delle Società del Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane (Ferrovie dello Stato Italiane S.p.A. in proprio e in nome e per conto delle Società del Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane (RFI S.p.A., Trenitalia S.p.A., Ferservizi SpA, Italferr S.p.A., FS Sistemi Urbani S.r.l., Italcertifer S.p.A., Mercitalia Logistics S.p.A., Mercitalia Rail S.r.l., Nugo S.p.A., Crew S.r.l., FSTechnology S.p.A., Trenitalia-Tper S.c.a.r.l, Crew S.p.A., FS International S.p.A., Fondazione FS Italiane, Terminali Italia S.r.l, Fercredit S.p.A., Mercitalia Shunting&Terminal S.r.l.) che applicano il C.C.N.L. della Mobilità/ Area Contrattuale Attività Ferroviarie e il Contratto Aziendale di Gruppo FS Italiane del 22.03.2022.

Cartella Clinica: documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Cassa: Cassa Previmed (ex Cassa RBM Salute), via E. Forlanini 24, 31022 Preganziol (TV) – Loc. Borgo Verde, C.F. 97607920150; ha finalità assistenziale ed è abilitata a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per gli aspetti fiscali e contributivi (deducibilità del contributo ad essa versato, nei limiti ed alle condizioni normative tempo per tempo vigenti).

Day Hospital: la degenza in istituto di cura in regime esclusivamente diurno, con rilascio di apposita cartella clinica/scheda di dimissione contenente tutti gli elementi relativi all'intervento o alle terapie eseguite.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

Evento/Data Evento:

- **Prestazioni Ospedaliere -** il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie)

La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.

- **Prestazioni Extraospedaliere -** tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente.

  La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica**.**

  La data evento è la data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.

- **Prestazioni fisioterapiche**: ogni singola prestazione fisioterapica.
  Data evento: data della singola prestazione fisioterapica per lo specifico evento.

- **Cure Oncologiche:** ogni singola prestazione oncologica.

  Data evento: data della singola prestazione oncologica per lo specifico evento.

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

FS: Ferrovie dello Stato Italiane S.p.A.

Indennità sostitutiva: indennità forfettaria giornaliera per ricoveri che non comportano il rimborso di spese sanitarie.

Indennizzo: la somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento Chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Intramoenia: prestazioni sanitarie, a pagamento, di medici o di équipe medica dipendenti di una struttura sanitaria pubblica

- fuori dall'orario di lavoro
- in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero
- per scelta del paziente.

Possono essere svolte nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).

Intervento chirurgico concomitante: ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale purchè rientrante negli interventi di cui agli Allegati 1 e 2 al nomenclatore relativo al Pacchetto Standard.

Intesa Sanpaolo RBM Salute: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A..

Istituto di Cura: ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata autorizzati a offrire assistenza ospedaliera. Non sono istituto di cura:

- gli stabilimenti termali

- le case di convalescenza e di soggiorno
- colonie
- case di cura con fini dietologici ed estetici o per la lungodegenza (RSA).

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia.

Network: rete convenzionata, costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet www.fs.cassaprevimed.it o nell'App mobile.

Nucleo familiare: per nucleo familiare si intende, ad eccezione del dipendente che riveste il ruolo di Assistito:

- il coniuge o, in assenza di questo, il convivente *more uxorio*
- i figli risultanti dallo stato di famiglia
- i figli in affidamento all'ex coniuge/convivente purché fiscalmente a carico dell'Assistito principale (dipendente).

In caso di separazione legale, il dipendente potrà chiedere, previa autocertificazione del fatto, che nel nucleo familiare venga ammesso a far parte, in alternativa al coniuge, il convivente *more uxorio*. Si specifica che, ai sensi dell'art. 1 comma 20 della Legge 76/2016 e dell'art. 1, comma 1 del Decreto Legislativo 7/2017, si intende per coniuge anche ognuna delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso contratta/costituita in Italia o all'estero.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Rimborso: la somma dovuta da Intesa Sanpaolo RBM Salute in caso di accesso alle singole prestazioni sanitarie.

Scoperto: percentuale delle spese a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

Sub-massimale: importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia, nell'ambito del massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Test genetici prenatali non invasivi: test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per rilevare la presenza di aneuploidie (cioè alterazioni del numero normale di cromosomi) nel feto.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, eseguiti da medico specialista o da fisioterapista (Laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge.

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici).

Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale.

Beneficiari delle Prestazioni

I destinatari del presente Piano Sanitario sono tutti i lavoratori con contratto di lavoro dipendente delle Società del Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane che applicano il C.C.N.L. della Mobilità/Area Contrattuale Attività Ferroviarie e il Contratto Aziendale del Gruppo FS Italiane del 22.03.2022 (analiticamente indicate in Premessa) **senza esclusione alcuna**. Sono altresì considerati destinatari del presente Piano Sanitario anche i lavoratori dipendenti delle Società controllate e/o collegate al Gruppo FS rientranti nel Piano Sanitario del Gruppo FS.

Si specifica che si intendono inclusi anche i dipendenti impiegati presso sedi dislocate all'estero e per i quali la copertura è garantita almeno in forma di Assistenza Indiretta.

L'adesione del nucleo familiare è su base meramente facoltativa e il relativo contributo è a carico del Dipendente FS in copertura.

Modalità di erogazione delle prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute garantisce le prestazioni sanitarie per il tramite delle strutture sanitarie convenzionate (Assistenza Diretta) o tramite il rimborso delle spese anticipate dall'Assistito (Assistenza Indiretta/Rimborsuale).

Assistenza Diretta

È riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da Intesa Sanpaolo RBM Salute, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico.

Qualora l'Assistito fosse autorizzato a ricevere una prestazione presso una Struttura Convenzionata con il Network Sanitario reso disponibile da Intesa Sanpaolo RBM Salute, ma l'équipe medica non lo fosse (**Assistenza sanitaria mista**)**,** le spese relative alla struttura saranno liquidate direttamente alla stessa, mentre le spese relative ai medici non convenzionati saranno rimborsate all'Assistito. Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti dal Piano Sanitario per il regime diretto (struttura) e per il regime rimborsuale/indiretto (equipe).

Assistenza Indiretta (Rimborso)

L'Assistito potrà, a sua scelta, avvalersi della procedura di Assistenza Indiretta, anticipando in proprio le spese e richiedendo successivamente - nei limiti previsti dal Piano Sanitario Integrativo sottoscritto - il rimborso a Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Le richieste di rimborso possono essere presentate entro **tre mesi** dalla data di emissione dei documenti di spesa per i quali si richiede il rimborso.

La richiesta di rimborso deve essere corredata dalla necessaria certificazione medica che contenga la diagnosi o il sospetto diagnostico (ove previsto), nonché dalle copie delle fatture, notule,

giustificativi e documenti di spesa fiscalmente validi attestanti le spese sostenute. Si specifica che la documentazione deve essere intestata all'Assistito.

GARANZIE DEL PIANO SANITARIO EXECUTIVE

Il **Piano Sanitario Executive** garantisce, in aggiunta a quanto già previsto dal Piano Sanitario Premium, le seguenti prestazioni:

A. fisioterapia da infortunio o patologie particolari;
B. riabilitazione logopedica;
C. programma di prevenzione diagnostica.
D. Trisomia 21 – Sindrome di Down (figli di assistiti)
E. Pacchetto parto
F. Prevenzione Meningococco A, C, W e Y
G. Prevenzione Herpes Zoster
H. Prevenzione posturale (visita fisiatrica con valutazione posturologica)
I. Promozione dell'attività sportiva (solo per i figli Assistiti minorenni)
J. Indennizzo a seguito di malattie o infortuni che richiedano un'astensione dal lavoro superiore ai 180 giorni
K. Stati di Non Autosufficienza Temporanea
L. Servizi di assistenza globale integrata organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne

A. FISIOTERAPIA DA INFORTUNIO O PATOLOGIE PARTICOLARI

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

Pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi a seguito di:

- infortunio accertato dal Pronto Soccorso;
- particolari patologie quali: ictus cerebrale e forme neoplastiche invalidanti, neoplasie o forme degenerative encefaliche o midollari.

In caso di **Assistenza Diretta** le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente da Intesa Sanpaolo RBM Salute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.

In caso di **Assistenza Indiretta** le spese sostenute vengono rimborsate all'Assistito con un minimo non indennizzabile di **€ 30,00** per ogni prestazione.

Per ottenere il rimborso da parte di Intesa Sanpaolo RBM Salute è necessario che l'Assistito alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di **€ 600,00** per persona.

Esempi:

Assistenza Diretta

Qualora l'Assistito sia stato autorizzato ad effettuare 10 sedute di fisioterapia per un costo complessivo di € 500,00, Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida direttamente alla struttura sanitaria/medico convenzionato € 500,00.

Assistenza Indiretta

Qualora l'Assistito chieda il rimborso di 10 prestazioni di fisioterapia pagate complessivamente € 500,00, Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa all'Assistito € 200,00 (franchigia di € 30,00 per ogni prestazione = € 300,00).

B. RIABILITAZIONE LOGOPEDICA

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

Pagamento delle spese per i trattamenti di riabilitazione logopedica a seguito di infortunio o di malattia, purché effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

In caso di **Assistenza Diretta** le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente da Intesa Sanpaolo RBM Salute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.

In caso di **Assistenza Indiretta** le spese sostenute vengono rimborsate con un valore non indennizzabile di **€ 30,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte di Intesa Sanpaolo RBM Salute è necessario che l'Assistito alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di **€ 600,00** per persona.

Esempi:

Assistenza Diretta

Qualora l'Assistito sia stato autorizzato ad effettuare 10 sedute di logopedia per un costo complessivo di € 500,00, Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida direttamente alla struttura sanitaria/medico convenzionato € 500,00.

Assistenza Indiretta

Qualora l'Assistito chieda il rimborso di 10 prestazioni di logopedia pagate complessivamente € 500,00, Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa all'Assistito € 200,00 (franchigia di € 30,00 per ogni prestazione = € 300,00).

C. PROGRAMMA DI PREVENZIONE DIAGNOSTICA

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

Un pacchetto di prevenzione diagnostica a scelta dell'Assistito tra i seguenti:

- prevenzione cardiovascolare;
- prevenzione oncologica;
- prevenzione della sindrome metabolica;
- Check up tiroide;
- Check up arterioso;
- Prevenzione oftalmologica
- Prevenzione gastroenetrologica

Per il dettaglio delle prestazioni incluse in ogni pacchetto si rimanda all'Allegato 1 del presente documento.

Le prestazioni incluse nei singoli pacchetti diagnostici dovranno essere effettuate in un'unica soluzione e in strutture sanitarie convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute (**Assistenza Diretta**) e verranno liquidate direttamente da Intesa Sanpaolo RBM Salute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.

D. TRISOMIA 21 – SINDROME DI DOWN (FIGLI DI ASSISTITI)

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a **€ 1.000,00** per anno/neonato per un periodo massimo di 3 anni.

Si precisa che la presente garanzia ha natura meramente indennitaria ed è finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia per le spese relative alle cure, all'assistenza ed alla promozione della salute del bambino affetto da Trisomia 21.

Si precisa che in ragione della natura e della finalità della presente indennità tale importo non è assoggettabile ad imposta ai sensi dell'art. 6, comma 2, del TUIR.

E. PACCHETTO PARTO

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

La presente garanzia prevede una serie di coperture finalizzate al pieno recupero dell'Assistita a seguito del parto:

a) ***Indennità per parto:*** In occasione del parto e previa presentazione della relativa cartella clinica, la presente copertura prevede il pagamento di un'indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.

b) ***Supporto psicologico post parto:*** Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche.

c) ***Week-end benessere:*** Entro 1 anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni: visita dietologica, incontro nutrizionista, incontro personal trainer, lezione di base all'eduzione dell'esercizio fisico, trattamento termale.

Il massimale è illimitato. La presente garanzia è erogata presso le strutture convenzionate del Network senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistita.

F. PREVENZIONE HERPES ZOSTER

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

Con la prevenzione dell'Herpes Zoster e delle sue complicanze viene garantita a tutti gli Assistiti con età superiore a 55 anni la possibilità di immunizzazione rispetto all'insorgenza di questa malattia debilitante suscettibile di ingenerare uno stato patologico reiterato e diffuso. Il massimale previsto è illimitato.

Tali prestazioni potranno essere somministrate esclusivamente in **Assistenza Diretta** presso i Centri Autorizzati del Network con applicazione di una franchigia a carico dell'Assistito di importo pari ad **€ 36,15**.

G. PREVENZIONE MENINGOCOCCO A, C, W e Y

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

La presente garanzia prevede il rimborso delle spese sostenute dal lavoratore del Gruppo FS per la vaccinazione contro il Meningococco di tipo A, C, W e Y; in caso di estensione della copertura al nucleo familiare, oltre al vaccino del titolare sarà rimborsato anche un ulteriore vaccino effettuato da uno qualsiasi dei componenti del nucleo familiare.

Tali prestazioni potranno essere somministrate in Assistenza Indiretta, il massimale è pari ad **€ 50,00** a persona. Non è prevista quota di compartecipazione (scoperto/franchigia).

H. PREVENZIONE POSTURALE (VISITA FISIATRICA CON VALUTAZIONE POSTUROLOGICA)

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

Intesa Sanpaolo RBM Salute provvederà al pagamento, una volta all'anno e senza applicazione di franchigie o scoperti, di una visita fisiatrica con valutazione posturologica.

In caso di **Assistenza Diretta** il massimale previsto è illimitato.

In caso di **Assistenza Indiretta** il massimale previsto è pari a **€ 50,00**.

I. PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ SPORTIVA (SOLO PER I FIGLI ASSISTITI MINORENNI)

accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

Quota associativa per attività sportiva:

Intesa Sanpaolo RBM Salute provvede al rimborso, senza applicazione di franchigie o scoperti, della quota associativa sostenuta annualmente per lo svolgimento di un'attività sportiva non agonistica.

E' operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del minore Assistito, diversa dalla "Visita Sportiva agonistica e non agonistica" e "Colonie estive".

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 100,00.**

E' possibile accedere alle prestazioni solo in regime di **Assistenza Indiretta**, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito**.**

Visita sportiva agonistica/non agonistica:

Intesa Sanpaolo RBM Salute provvede al rimborso di una visita sportiva agonistica e non agonistica (comprensiva di ECG da sforzo). In caso di **Assistenza Diretta** il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è illimitato.

In caso di **Assistenza Indiretta** il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 50,00** anno/persona.

Si precisa è operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del minore Assistito diversa dalla "Quota associativa per attività sportiva" e "Colonie estive".

Colonie estive:

Intesa Sanpaolo RBM Salute provvede al rimborso ì delle spese sostenute per la frequentazione di colonie estive (marine e montane). Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 75,00** anno/persona. E'operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del minore Assistito, diversa dalla "Quota associativa per attività sportiva" e "Visita Sportiva agonistica e non agonistica".

J. INDENNIZZO A SEGUITO DI MALATTIE O INFORTUNI CHE RICHIEDANO UN'ASTENSIONE DAL LAVORO SUPERIORE AI 180 GIORNI

Garanzia operante per il solo Assistito Principale (Dipendente FS).

La copertura è operante nel caso in cui l'Assistito si assentasse dal lavoro a seguito di una malattia o di un infortunio che comportino un'astensione giustificata dal lavoro superiore a 180 giorni di calendario.

Intesa Sanpaolo RBM Salute garantisce un indennizzo giornaliero di **€ 20,00** a partire dal 181° giorno di assenza continuativa dal lavoro determinata dalla medesima malattia/infortunio e/o dal medesimo evento, per un massimo di 100 giorni per anno assistenziale e per lavoratore del Gruppo FS Assistito.

La presente copertura si intende operante a patto che il lavoratore del Gruppo FS risulti regolarmente Assistito sia all'inizio dell'astensione dal lavoro per malattia o infortunio sia al termine, senza alcuna interruzione nella copertura sanitaria. La copertura non sarà operante nel caso in cui venga accertata una non autosufficienza consolidata o temporanea già in copertura (§§ "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente" e "Stati di non autosufficienza temporanea") oppure a seguito dei seguenti eventi e/o delle seguenti cause:

1. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
2. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
3. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito e le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assistito con dolo o colpa grave;
4. anoressia o bulimia;
5. patologie neuro-degenerative.

Esempio:

Assistenza Indiretta

Qualora l'Assistito si sia dovuto astenere dal lavoro per un periodo di 189 giorni gli verrà riconosciuto un indennizzo di € 180,00 (€ 20,00 al giorno per i 9 giorni eccedenti i 180 giorni non indennizzabili).

K. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

Intesa Sanpaolo RBM Salute garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Assistito quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza. Ai fini dell'operatività della copertura, gli Assistiti non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
   a) spostarsi;
   b) lavarsi;
   c) vestirsi;
   d) nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%
3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

Nel caso in cui l'Assistito si trovi in stato di non autosufficienza come di seguito definito, il limite di spesa mensile garantito per il complesso delle coperture sotto indicate, corrisponde a **€ 400,00** da corrispondersi per una durata massima di 6 mesi.

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assistito il cui stato di salute (1) non venga giudicato "consolidato" e (2) che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

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

b) nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire).

c) spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio).

d) vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente), e

(3) necessiti temporaneamente ma in modo costante a) o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio b) di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata. Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza dà diritto all'Assistito che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma garantita - entro i limiti previsti - nelle forme di seguito indicate:

a) erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;

b) rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza.

L. SERVIZI ASSISTENZA GLOBALE INTEGRATA ORGANIZZAZIONI DI SERVIZI, NOLEGGIO AUSILI MEDICO-SANITARI A SEGUITO DI RICOVERO CHIRURGICO/MEDICO PER NEOPLASIE MALIGNE

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

In caso di ricovero chirurgico/medico per neoplasia maligna (anche per interventi non ricompresi nell'elenco degli interventi chirurgici) e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa tramite la rete di strutture convenzionate col network le prestazioni di ospedalizzazione domiciliare e di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Iscritto, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni (e successivi ai giorni di post-ricovero per i casi d'intervento previsti dal piano sanitario).

Intesa Sanpaolo RBM Salute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assistito secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Rientra in copertura anche il noleggio di ausili medico-sanitari tramite le strutture sanitarie convenzionate.

Il massimale previsto è di **€ 5.000,00** anno/persona solo in strutture convenzionate con il Network.

ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave dell'Assistito o di altri beneficiari (art. 1900 C.C.)

ALLEGATO 1 - Pacchetti di prevenzione diagnostica

Le prestazioni incluse nei pacchetti di prevenzione diagnostica includono le seguenti prestazioni:

Prevenzione Sindrome Metabolica

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Prevenzione cardiovascolare

- esame emocromocitometrico completo
- velocità di eritrosedimentazione (VES)
- glicemia
- azotemia (Urea)
- creatininemia
- colesterolo Totale e colesterolo HDL
- alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- esame delle urine
- omocisteina
- elettrocardiogramma di base
- trigliceridi

Prevenzione oncologica

- esame emocromocitometrico completo
- velocità di eritrosedimentazione (VES)
- glicemia
- azotemia (Urea)
- creatininemia
- colesterolo Totale e colesterolo HDL
- alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- esame delle urine
- omocisteina

- PSA (Specifico antigene prostatico)
- ecografia prostatica
- visita ginecologica e PAP-Test
- trigliceridi

Check-up tiroide

- visita endocrinologica
- ecografia tiroidea
- FT3
- FT4
- TSH

Check up arterioso

- ecocolordoppler dei tronchi sovraortici
- visita cardiologica

Prevenzione oftalmologica

- Valutazione anamnestica
- esame del segmento anteriore ed annessi oculari
- studio del fundus oculi
- tono oculare
- misurazione del visus

Prevenzione gastroenterologica

- emocromo
- GOT
- GPT
- GGT
- glicemia basale
- trigliceridemia
- colesterolemia totale
- colesterolo hdl,
- colesterolo ldl
- cpk
- pcr

- microalbuminuria
- ricerca del sangue occulto feci
- ecografia addome superiore
- visita gastroenterologica

CASSA PREVIMED

Scheda riassuntiva

PACCHETTO AGGIUNTIVO EXECUTIVE

GARANZIA	Massimali/Sub-massimali (Anno/Nucleo) – scoperti e franchigie
Tutte le prestazioni incluse nel Pacchetto Premium	Vedi condizioni Pacchetto Premium
Fisioterapia da infortunio o patologie particolari Massimale - Assistenza diretta - Assistenza indiretta	 **€ 600,00 anno/persona** Nessuno scoperto e/o franchigia franchigia € 30,00 per ogni prestazione
Riabilitazione logopedica Massimale - Assistenza diretta - Assistenza indiretta	 **€ 600,00 anno/persona** Nessuno scoperto e/o franchigia franchigia € 30,00 per ogni prestazione
Programma di prevenzione diagnostica, un pacchetto a scelta tra i seguenti: - prevenzione cardiovascolare; - prevenzione oncologica; - prevenzione della sindrome metabolica; - check up tiroide; - check up arterioso; - prevenzione oftamologica; - prevenzione gastroenterologica. Condizioni: - Assistenza diretta - Assistenza indiretta	 Nessuno scoperto e/o franchigia Non prevista
Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di assistiti) Massimale	 **€ 1.000,00 Anno/Neonato – massimo 3 anni**
Pacchetto Parto Massimale • Indennità per parto • 3 visite psicologiche entro 3 mesi dal parto • Week-end benessere entro 1 anno dal parto Condizioni: - Assistenza diretta - Assistenza indiretta	 **illimitato** **€ 80** al giorno – massimo 7 giorni Nessuno scoperto e/o franchigia Non prevista
Prevenzione Herpes Zoster Massimale Condizioni: Assistenza diretta presso Centri Autorizzati	Assistiti di età superiore a 55 anni **illimitato** Franchigia **€ 36,15**
Prevenzione Meningococco A, C, W e Y Massimale Condizioni:	 **€ 50,00** anno/persona Nessuno scoperto e/o franchigia solo Assistenza Indiretta
Prevenzione Posturale Massimale Condizioni:	**Una visita fisiatrica con valutazione posturologica** Assistenza diretta**: illimitato** Assistenza indiretta **€ 50** Nessuno scoperto e/o franchigia

Promozione dell'attività sportiva (solo per i figli assicurati minorenni) • Quota associativa per attività sportiva Massimale	**€ 100,00** solo in Assistenza Indiretta
• Visita sportiva agonistica/non agonistica Massimale Condizioni:	Assistenza diretta**: illimitato** Assistenza indiretta **€ 50** anno/persona Nessuno scoperto e/o franchigia
• Colonie estive Massimale	**€ 75,00** anno / persona solo in Assistenza Indiretta
Indennizzo a seguito di malattie o infortuni che richiedano un'astensione dal lavoro superiore ai 180 giorni Condizioni:	indennizzo giornaliero di **€ 20,00** a partire dal 181° giorno di assenza continuativa dal lavoro – massimo 100 giorni
Stati di Non Autosufficienza Temporanea Massimale	**€ 400,00** al mese – massimo 6 mesi
Servizi di assistenza globale integrata organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne Massimale	Assistenza diretta**: € 5.000,00** anno/persona Assistenza indiretta **non prevista**