

Opera Nazionale di Assistenza per il personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

(Eretta in Ente Morale con D.P.R. 30 Giugno 1959, n. 630)

presso il **MINISTERO DELL'INTERNO**

Al personale del
Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

Siamo lieti di informarLa che, dal 31 Gennaio di quest'anno, l'Opera Nazionale ha stipulato una nuova polizza assicurativa di "Rimborso Spese Sanitarie" a favore di tutto il personale del Corpo.

Presso il Suo Comando potrà trovare la circolare informativa n. 1 A inviata in data 05/02/04 prot. n. 167/A/1218.

In considerazione delle esperienze raccolte nel corso di più di due anni (la precedente copertura assicurativa in scadenza il 30/04/03 era stata prorogata a tutto il 31/01/04) ci è stato possibile ottenere un nuovo contratto assicurativo che comprende maggiori e più complete garanzie nell'interesse del personale del Corpo.

Raccomandiamo un'attenta lettura della Guida per conoscere nel dettaglio le garanzie assicurative previste dalla polizza.

E' stata altresì prevista la possibilità, come per il passato, di estendere una parte della copertura assicurativa ai componenti del Suo nucleo familiare.

I dipendenti dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile, il personale in quiescenza del C.N.VV.F. e dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento, ed i relativi nuclei familiari, possono aderire facoltativamente al piano assicurativo proposto.

Ricordiamo che per tutte le prestazioni professionali previste dal piano sanitario sono operanti convenzionamenti con i principali Istituti di Cura, per l'accesso ai quali deve essere preventivamente contattata la Centrale Operativa di Newmed S.p.A. al numero verde 800 – 845525.

La Taverna PreviAss S.r.l. – telefono 010.57251 – "Ufficio dedicato Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco" - è sempre a Sua disposizione per ogni ulteriore chiarimento o informazione.

Siamo certi che questa nuova polizza di "Rimborso Spese Sanitarie" incontrerà il Suo gradimento.

L'occasione ci è gradita per salutarLa cordialmente.

Opera Nazionale di Assistenza per il personale del
Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

INDICE

Informativa ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196	pag. 5
Riepilogo premi annui per le adesioni facoltative	pag. 7
Documentazione necessaria per l'istruzione di una pratica sinistro	pag. 8
Definizioni	pag. 11
Per chi è operante la copertura assicurativa	pag. 12
Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco	pag. 12
Modulo di denuncia sinistro	pag. 13
Prestazioni operanti per il personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco	pag. 15
Nucleo familiare	pag. 20
Modulo di adesione volontaria all'assistenza sanitaria	pag. 21
Modulo di denuncia sinistro	pag. 23
Prestazioni operanti per il nucleo familiare	pag. 25
Personale dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei VV.F. del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile	pag. 28
Modulo di adesione volontaria all'assistenza sanitaria	pag. 29
Modulo di denuncia sinistro	pag. 31
Prestazioni operanti per il Personale dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei VV.F. del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile	pag. 33
Personale in quiescenza	pag. 37
Prestazioni operanti per il Personale in quiescenza	pag. 38
Modulo di adesione volontaria all'assistenza sanitaria	pag. 39
Modulo di denuncia sinistro	pag. 41
Denuncia dell'infortunio o della malattia	pag. 45
Elenco grandi interventi chirurgici	pag. 47
Elenco centri specializzati per la cura delle ustioni	pag. 48

Informativa ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196

Ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, ed in relazione ai dati personali che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

Finalità del trattamento dei dati. I dati personali forniti sono necessari al fine di consentire a Taverna PreviAss S.r.l. di perseguire il proprio oggetto sociale attinente, in ogni caso, l'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa e delle altre attività a quest'ultima connesse ai sensi delle vigenti norme di legge.

Conferimento dei dati. La Taverna PreviAss S.r.l., per consentirLe di fruire dei servizi da Lei richiesti o in Suo favore previsti dal contratto che per Suo conto è stato negoziato, deve acquisire o già detiene dati personali che La riguardano.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali debbono esserci forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (3) – non potremmo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte; in particolare, in assenza della Dichiarazione di consenso debitamente compilata e sottoscritta, nessuna pratica di sinistro potrà essere istruita. In assenza della Dichiarazione di consenso compilata e sottoscritta non sarà altresì possibile l'adesione volontaria alla polizza "Rimborso spese sanitarie".

Comunicazione dei dati. Il consenso concerne anche, più specificamente e secondo il particolare rapporto, l'attività svolta da soggetti operanti in Italia e all'estero che collaborano con noi ed a cui pertanto possiamo comunicare dati, o da soggetti a cui dobbiamo comunicare dati (soggetti tutti così costituenti la cosiddetta "catena assicurativa"), sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e la nostra Società (2).

Modalità di trattamento dei dati. I dati, forniti da Lei o da altri soggetti (2), sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe i servizi desiderati, anche quando li comunichiamo per il medesimo fine ai soggetti di cui al capoverso precedente: il trattamento dei dati personali avviene, mediante strumenti manuali, informatici ed elettronici, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Diritti dell'interessato. Lei ha il diritto di conoscere in ogni momento quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; in particolare, può ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o no di propri dati personali e che tali dati vengano messi a sua disposizione in forma intelligibile. Lei può chiedere altresì di conoscere l'origine dei dati nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco, l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; e di opporsi, per motivi legittimi, al loro trattamento (4). Può rivolgersi per tutto ciò alla Taverna PreviAss S.r.l. (fax 010-593967).

Titolare del trattamento è Taverna PreviAss S.r.l., in persona del Legale Rappresentante pro tempore, con sede in Genova, P.za della Vittoria 9, 16121 Genova.

Responsabile del trattamento. Per i nostri trattamenti ci avvaliamo di "responsabili", il cui elenco completo è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente chiedendolo alla Taverna PreviAss S.r.l.

Le chiediamo pertanto di esprimere la sua approvazione (che troverà nella Dichiarazione di consenso a latere) per il trattamento dei dati, eventualmente anche sensibili (1), strettamente necessari per i suddetti servizi, anche ed in relazione ai familiari (coniuge o convivente more uxorio, figli), nonché al personale dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile (e proprio nucleo familiare), ed altresì del personale in quiescenza (e proprio nucleo familiare) che eventualmente optino per l'adesione volontaria alla suddetta polizza.

Note

1) L'Art. 4 del d.lgs. 30/06/2003 n. 196 considera sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute e alla vita sessuale, alle opinioni politiche e sindacali ed alle convinzioni religiose, nonché l'adesione a partiti, sindacati od organizzazioni di carattere politico, religioso o sindacale.

2) Secondo lo specifico rapporto, i dati vengono comunicati a taluni dei seguenti soggetti, nell'espletamento dell'attività del Broker:

Contraente, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; ISVAP, legali; periti e medici; cliniche, strutture, centri ed istituti convenzionati – come da guida - (scelti dall'interessato); compagnie di assicurazione e/o soggetti terzi che svolgano attività su incarico di queste ultime i quali richiedono dati personali al fine di svolgere servizi diretti ad istruire e/o liquidare sinistri.

In particolare i dati saranno comunicati a:

Unionvita S.p.A. Viale Castro Pretorio 124 00185 Roma; Newmed

S.p.A. C.so Indipendenza 6 20129 Milano.

3) Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

4) Tali diritti sono previsti dall'art. 7 del d.lgs. 30/06/2003 n. 196. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

(Ai sensi del D.Lgs.30/06/2003 n.196 sulla tutela dei dati personali)

In relazione all'informativa che mi/ci è stata fornita ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, prendo/iamo atto che l'esecuzione di tutte le operazioni di Consulenza e Brokeraggio assicurativo possa richiedere la comunicazione dei miei/nostri dati personali ed il correlato trattamento anche alle Società appartenenti alle categorie indicate nell'informativa, le quali possono essere ubicate all'estero (ambito UE e non UE).

Tali società svolgono attività strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti tra Broker e clientela. Pertanto:

Do/diamo il consenso Nego/nehiamo il consenso

Alle predette comunicazioni ed al correlato trattamento.

Sono/siamo consapevole/li che, in mancanza del mio/nostro consenso, il Broker non potrà dar corso alle operazioni e servizi indicati nell'informativa, sempre nei limiti in cui esso sia strumentale alla specifica finalità perseguita dall'operazione o dai servizi da me/noi richiesti.

Cognome e Nome titolare _____

Luogo e data di sottoscrizione _____

Firma titolare _____

Cognome e Nome coniuge
(o convivente more uxorio) _____

Luogo e data di sottoscrizione _____

Firma coniuge _____

Cognome e Nome figlio/a _____

Luogo e data di sottoscrizione _____

Firma
(del genitore in caso di minore) _____

Cognome e Nome figlio/a _____

Luogo e data di sottoscrizione _____

Firma
(del genitore in caso di minore) _____

Cognome e Nome figlio/a _____

Luogo e data di sottoscrizione _____

Firma
(del genitore in caso di minore) _____

Cognome e Nome figlio/a _____

Luogo e data di sottoscrizione _____

Firma
(del genitore in caso di minore) _____

Cognome e Nome figlio/a _____

Luogo e data di sottoscrizione _____

Firma
(del genitore in caso di minore) _____

RIEPILOGO PREMI ANNUI PER LE ADESIONI FACOLTATIVE

Descrizione	Premio annuo per assicurato
Premio annuo per il nucleo familiare (coniuge, anche more-uxorio, e figli, purchè risultanti dallo stato di famiglia) del Personale del Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco	€ 165,00 per intero nucleo. Se l'iscrizione avviene successivamente al 31.07 l'importo è di € 82,50 per nucleo.
Premio annuo per il personale dipendente dell'amministrazione civile dell'interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile	€ 103,29 per ogni dipendente. Se l'assunzione o il trasferimento avviene successivamente al 31.07 l'importo è di € 51,64 per dipendente.
Premio annuo per il nucleo familiare (coniuge, anche more-uxorio, e figli, purchè risultanti dallo stato di famiglia) del Personale dipendente dell'amministrazione civile dell'interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile	€ 165,00 per intero nucleo. Se l'iscrizione avviene successivamente al 31.07 l'importo è di € 82,50 per nucleo.
Premio annuo per il personale in quiescenza alla data del 31/01/04 del C.N.VV.F. e dell'amministrazione civile dell'interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile	€ 150,00 per ogni pensionato.
Premio annuo per il nucleo familiare (coniuge, anche more-uxorio, e figli, purchè risultanti dallo stato di famiglia) del Personale in quiescenza alla data del 31/01/04 del C.N.VV.F. e dell'amministrazione civile dell'interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile	€ 185,00 per ciascun familiare incluso in polizza.
* Premio annuo per il personale in quiescenza successivamente al 31/01/04 del C.N.VV.F. e dell'amministrazione civile dell'interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile	€ 103,29 per ogni pensionato.
Premio annuo per il nucleo familiare (coniuge, anche more-uxorio, e figli, purchè risultanti dallo stato di famiglia) del Personale in quiescenza successivamente al 31/01/04 del C.N.VV.F. e dell'amministrazione civile dell'interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile	€ 165,00 per intero nucleo.

I termini per le adesioni facoltative sono riportate nelle singole sezioni.

L'adesione è possibile solamente nel rispetto dei termini sopra citati ed a condizione che vengano trasmessi:

- bollettino di avvenuto pagamento su conto corrente postale;
- modulo di adesione compilato in ogni sua parte e firmato (allegato alla Guida);
- modello Privacy compilato in ogni sua parte e firmato (allegato alla Guida).

* **Si ricorda che il personale in quiescenza successivamente al 31/01/04 rimane in copertura fino alla scadenza annuale dell'assicurazione (31/01/05).**

Al fine di verificare la possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie previste dalla polizza si rimanda ad un'attenta lettura delle condizioni previste riportate nella presente Guida.

Evidenziamo due modalità distinte per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dalla polizza:

- in forma diretta utilizzando le Strutture Convenzionate con Newmed occorre contattare preventivamente la Centrale Operativa VVF di Newmed S.p.A. telefonando al numero verde **800-845.525**.
- in forma indiretta:
il rimborso delle spese sostenute, purchè rientranti nelle prestazioni previste, nonché la corresponsione della diaria di ricovero, avviene successivamente la richiesta di rimborso seguendo le modalità di seguito specificate.

Le prestazioni diagnostiche previste dalla garanzia **PREVENZIONE** devono essere obbligatoriamente effettuate nelle **Strutture Convenzionate con Newmed**.

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER L'ISTRUZIONE DI UNA PRATICA SINISTRO

(La Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione per la definizione del sinistro)

MODELLO PRIVACY (D.lgs. 30/06/2003 n° 196)

Nessuna pratica di sinistro può essere istruita in assenza di tale modello.

- E' fondamentale esprimere il consenso barrando l'apposita casella;
- Indicare il Cognome ed il Nome dell'Assicurato che presenta la denuncia di sinistro;
- Indicare il luogo e la data di sottoscrizione del Modello stesso;
- Apporre la firma dell'Assicurato che presenta la denuncia di sinistro. In caso di minore viene apposta la firma del genitore.

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

- Compilato in ogni sua parte e sottoscritto da ogni Assicurato che presenta denuncia di sinistro comprensivo di:

DATI BANCARI IN FORMATO BBAN

I dati bancari dell'Assicurato sono assolutamente necessari nel formato previsto:

- | | | |
|------------------------|----------|--------------|
| - CIN | 1 campo | alfabetico |
| - ABI | 5 campi | numerici |
| - CAB | 5 campi | numerici |
| - Numero di c/corrente | 12 campi | alfanumerici |

(gli zeri precedono il numero di conto corrente; non sono ammessi caratteri speciali -punti, trattini, barre ecc.- e spazi bianchi).

RICOVERI E DAY HOSPITAL MEDICI

E' necessario inviare:

- copia della cartella clinica conforme all'originale e completa di tutte le sue pagine;
- prescrizione medica di ricovero in assenza di patologia conclamata che giustifichi il ricovero stesso.

RICOVERI E DAY HOSPITAL CON INTERVENTO CHIRURGICO

E' necessario inviare:

- copia della cartella clinica conforme all'originale e completa di tutte le sue pagine;
- prescrizione medica di ricovero in assenza di patologia conclamata che giustifichi il ricovero stesso;
- le eventuali fatture di spesa, compresi i ticket, in originale per visite, accertamenti inerenti il ricovero, effettuate nei 45 giorni precedenti il ricovero stesso;
- le eventuali fatture di spesa, compresi i ticket, in originale per visite, accertamenti ecc. inerenti il ricovero, effettuate nei 45 giorni successivi il ricovero stesso;
- le fatture devono essere inviate contemporaneamente alla relativa cartella clinica.

ACCOMPAGNATORE

E' necessario inviare:

- dichiarazione del medico curante che ne attesti la necessità;
- fatture di spesa in originale;
- dichiarazione da parte dell'ospedale che attesti l'assenza di disponibilità in caso di spese di vitto e di pernottamento al di fuori della struttura ospedaliera.

MALATTIE ONCOLOGICHE O CARDIOVASCOLARI

E' necessario inviare:

- in caso di ricovero copia della cartella clinica conforme all'originale e completa di tutte le sue pagine;
- certificato medico attestante la patologia per il rimborso delle fatture di spesa;
- fatture di spesa in originale;
- farmaci: scontrino e fustella oppure scontrino, prescrizione del medico e timbro della farmacia.

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE

Per le fatture (non ticket) è necessario inviare:

- fattura di spesa in originale;
- relativa prescrizione medica indicante la patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Per i Ticket è necessario inviare:

- fattura ticket in originale;
- relativa prescrizione medica o in alternativa il referto (nel caso in cui non fosse espressa chiaramente la prestazione diagnostica effettuata).

FISIOTERAPIA PER INFORTUNIO IN SERVIZIO

E' necessario inviare:

- fatture in originale e relative prescrizioni mediche;
- rapporto d'infortunio del Comando VV.F. che descriva luogo e data dell'infortunio e la parte del corpo lesa;
- certificato del pronto soccorso con allegata una certificazione del Comando o dell'Ufficio di appartenenza attestante che l'infortunio è avvenuto in servizio o in itinere (in mancanza del rapporto di infortunio del Comando).

FISIOTERAPIA PER INFORTUNIO AL DI FUORI DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA

(solo se l'infortunio ha comportato una frattura ossea)

E' necessario inviare:

- fatture in originale e relative prescrizioni mediche;
- certificato del pronto soccorso o medico specialista.

CHIRURGIA REFRAATTIVA CORNEALE PER IL PERSONALE OPERATIVO

E' necessario inviare:

- certificato del Comando VVF o ufficio presso il quale il dipendente presta servizio che attesti la condizione del settore di appartenenza;
- certificazione medica (al massimo di un anno anteriore alla data dell'intervento) rilasciata da medico spe-

cialista oculista dipendente di struttura sanitaria pubblica dal quale risulti che l'Assicurato, affetto da deficit dell'acuità visiva, necessita di intervento di chirurgia refrattiva corneale mediante laser ad eccimeri o laser in genere allo scopo di ottimizzare l'acutezza visiva;

- fatture in originale.

CHIRURGIA REFRAATTIVA CORNEALE PER IL RESTANTE PERSONALE

E' necessario inviare:

- certificato del Comando VVF o ufficio presso il quale il dipendente presta servizio che attesti la condizione del settore di appartenenza;
- certificazione medica (al massimo di un anno anteriore alla data dell'intervento) rilasciata da medico specialista oculista dipendente di struttura sanitaria pubblica dal quale risulti che l'Assicurato, affetto da deficit dell'acuità visiva, necessita di intervento di chirurgia refrattiva corneale mediante laser ad eccimeri o laser in genere per intolleranza all'uso delle lenti da vista (occhiali, lenti corneali) o per impossibilità di correzione del difetto visivo con l'uso di adatte lenti da vista (occhiali, lenti corneali);
- fatture in originale.

GRANDI USTIONI - AVVELENAMENTI, INTOSSICAZIONI, SHOCK E TRAUMI ANCHE PSICHICI - PERDITA UDITO/VISTA

E' necessario inviare:

- in caso di ricovero copia della cartella clinica conforme all'originale e completa di tutte le sue pagine;
- fatture originali di spesa corredate da prescrizione medica;
- il rapporto d'infortunio del Comando VV.F. che descriva luogo e data dell'infortunio e la parte del corpo lesa;
- certificato del pronto soccorso con allegata una certificazione del Comando attestante che l'infortunio è avvenuto in servizio o in itinere (in mancanza del rapporto di infortunio del Comando);
- farmaci: scontrino e fustella oppure scontrino, prescrizione del medico e timbro della farmacia.

RISCHIO NUCLEARE

E' necessario inviare:

- fatture originali di spesa corredate da prescrizione medica;
- il rapporto d'infortunio del Comando VV.F. che descriva luogo e data dell'infortunio e la parte del corpo lesa;
- certificato del pronto soccorso con allegata una certificazione del Comando attestante che l'infortunio è avvenuto in servizio o in itinere (in mancanza del rapporto di infortunio del Comando);
- farmaci: scontrino e fustella oppure scontrino, prescrizione del medico e timbro della farmacia.

TERAPIA IPERBARICA

E' necessario inviare:

- in caso di ricovero copia della cartella clinica conforme all'originale e completa di tutte le sue pagine;
- fatture originali di spesa corredate da prescrizione medica;
- il rapporto d'infortunio del Comando VV.F. che descriva luogo e data dell'infortunio e la parte del corpo lesa;
- certificato del pronto soccorso con allegata una certificazione del Comando attestante che l'infortunio è avvenuto in servizio o in itinere (in mancanza del rapporto di infortunio del Comando).

TRAUMI DENTARI

E' necessario inviare:

- fatture in originale;
- rapporto d'infortunio del Comando VV.F. che descriva luogo e data dell'infortunio e la parte del corpo lesa;
- certificato del pronto soccorso con allegata una certificazione del Comando o dell'Ufficio di appartenenza attestante che l'infortunio è avvenuto in servizio o in itinere (in mancanza del rapporto di infortunio del Comando).

Il testo che segue è estratto dalla polizza n. CM042006 Unionvita S.p.A.

DEFINIZIONI

I seguenti vocaboli, usati nella polizza, significano:

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

POLIZZA

Il documento che prova l'assicurazione.

CONTRAENTE

L'Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco.

ASSICURATO

Le persone nel cui interesse è stipulata l'assicurazione.

SOCIETÀ

Compagnia Assicuratrice.

PREMIO

La somma dovuta alla Società.

INFORTUNIO

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

MALATTIA

Qualunque alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MALFORMAZIONE

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

DIFETTO FISICO

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

ISTITUTO DI CURA

Ospedale, Clinica o Istituto universitario, Casa di Cura, regolarmente autorizzata 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.

RICOVERO

Degenza in Istituto di Cura che comporti pernottamento.

DAY-HOSPITAL

La degenza esclusivamente diurna, ancorchè non ininterrotta, in Istituto di Cura, resa necessaria per l'espletamento di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e/o riabilitativo, che non comportano la necessità di ricovero ordinario, ma che comunque richiedono, per la loro natura e complessità, un regime di assistenza medica ed infermieristica continuativa.

La degenza deve essere documentata da cartella clinica dalla quale risultino i giorni di effettiva presenza dell'Assicurato nell'Istituto di Cura.

INTERVENTO CHIRURGICO

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, compresi quelli utilizzando Laser o Criochirurgia.

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

DIARIA GIORNALIERA

Indennizzo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero comportante pernottamento o in regime di Day-Hospital.

FRANCHIGIA

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero di giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo contrattualmente garantito.

SCOPERTO

Percentuale del danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.

PER CHI E' OPERANTE LA COPERTURA ASSICURATIVA

Le garanzie del piano sanitario sono prestate a favore:

- del Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento assunto alla data del 31 gennaio 2004;
- di tutti coloro che, nel corso dell'anno, vengono assunti nel Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o nel Corpo Provinciale dei VVF di Trento.

Con adesione facoltativa e premio a proprio carico potranno aderire al piano sanitario – nelle forme e limiti sotto indicati – :

- nucleo familiare del Personale del Corpo in servizio;
- personale dipendente dell'Amministrazione civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare;
- personale in quiescenza del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, e dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare.

Attenzione

Sono esclusi dalle prestazioni garantite dal piano sanitario, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi. In ogni caso l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

PERSONALE DEL CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO

Validità del piano sanitario

Le garanzie previste dal piano sanitario hanno preso effetto dalle ore 24 del 31 gennaio 2004 anche per i ricoveri in corso alla data suddetta. In tal caso l'assicurazione copre i giorni di ricovero o le prestazioni sanitarie previste in garanzia effettuate successivamente all'effetto del contratto.

La data di cessazione del piano sanitario, salvo disdetta al 31 gennaio 2006, è fissata alle ore 24 del 31 gennaio 2008, risultando in copertura i giorni di ricovero o le prestazioni sanitarie previste in garanzia effettuate alla suddetta data di scadenza contrattuale.

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è operante in caso di malattia ed infortunio, purchè occorso durante l'operatività del contratto, per le seguenti prestazioni:

- Diaria Giornaliera per tutti i tipi di ricoveri in Istituto di Cura pubblico o privato, anche per parto cesareo o naturale;
- Prestazioni di alta specializzazione;
- Malattie oncologiche;
- Malattie cardiovascolari;
- Prevenzione;
- Chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva;
- Garanzie aggiuntive, per eventi avvenuti durante lo svolgimento dell'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali.

Quando ha inizio e quando cessa l'effetto della copertura assicurativa

L'effetto della copertura dipende dalla data di assunzione del Titolare nel Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o nel Corpo Provinciale dei VVF di Trento. Di seguito riepiloghiamo i possibili casi:

Qualifica	Inizio copertura Assunto	Fine copertura Assunto (salvo disdetta)
Assunto al 31.01.2004	Ore 24 del 31.01.2004	Ore 24 del 31.01.2008
Assunto successivamente al 31.01.2004	Dalle ore 24 del giorno di assunzione	Ore 24 del 31.01.2008

Per coloro che, nel corso dell'anno, cessano il rapporto con l'Amministrazione di appartenenza, la garanzia assicurativa resta valida fino alla prima scadenza annuale dell'assicurazione.

Limiti di età

Le garanzie del piano sanitario sono operanti, per gli Assicurati, fino al compimento del 75° anno di età. Qualora tale limite venga raggiunto nel corso dell'annualità assicurativa la copertura è operante fino al termine della stessa.

PRESTAZIONI OPERANTI PER IL PERSONALE DEL CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO

Indennità di Ricovero Ospedaliero

Nel caso l'assicurato venga dimesso e nella stessa giornata, oppure il giorno successivo venga ricoverato nuovamente, i due eventi verranno considerati come un solo ricovero.

Nel solo caso di dimissione in giornata pre festiva il ricovero successivo dovrà avvenire entro il primo giorno feriale successivo.

Ricovero con Intervento Chirurgico

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day Hospital, per l'esecuzione di un intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di **€ 119,00**.

In caso di ricovero a seguito di un "Grande Intervento Chirurgico", intendendosi per tali quelli da elenco allegato n. 1, la diaria giornaliera corrisposta viene elevata a **€ 165,00**.

La diaria viene erogata per un massimo di **60** giorni per ogni sinistro.

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto cesareo.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico, oltre alla diaria giornaliera, la società provvederà al rimborso integrale delle spese sostenute, fino alla concorrenza di **€ 3.750,00** per persona e per anno assicurativo, per visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei **45 giorni precedenti** il ricovero. La società provvederà inoltre al rimborso integrale delle spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi comprese le cure fango balneo massoterapiche e idroponiche (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), la medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico, effettuati nei **45 giorni successivi** alla dimissione dall'istituto di cura.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di **€ 2.582,28** per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di **€ 104,00** al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Ricovero senza intervento

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day Hospital, senza effettuazione di intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di **€ 92,00**.

La diaria viene erogata per un massimo di **60** giorni per ogni sinistro.

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto non cesareo.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di **€ 2.582,28** per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di **€ 104,00** al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Alta specializzazione

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraricovero:

- Chemioterapia
- Radioterapia e radiochirurgia a scopo non fisioterapico
- Elettroencefalografia
- Risonanza Magnetica Nucleare anche con liquido di contrasto
- Scintigrafia
- Ecocardiografia color Doppler (anche transesofagea)
- Tomografia Assiale Computerizzata senza e con mezzo di contrasto
- Mineralometria ossea computerizzata
- Ricerche genetiche per malformazioni:
 - amniocentesi
 - prelievo dei villi coriali
- Elettrocardiogramma
- Ecografia prostatica transrettale
- Ecografia transvaginale
- Ecografia vascolare color Doppler dei vasi epiaortici
- Ecografia della tiroide anche color Doppler
- Ecografia dell'apparato locomotore arti superiori ed inferiori anche color Doppler
- Ecografia addome superiore ed inferiore anche color Doppler

Nel solo caso di utilizzo di strutture convenzionate rientreranno in garanzia anche le visite specialistiche associate ai relativi esami diagnostici per immagini previsti nella garanzia alta specializzazione.

Nell'ambito della diagnostica per immagini sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, agobiopsia, Pap test e relativi esami citodiagnostici).

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza di **€ 6.664,57** per persona e per anno assicurativo.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate

con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile pari a **€ 25,00** per ogni accertamento diagnostico od ogni ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

La garanzia di cui al presente articolo è operante in presenza di prescrizione medica contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Malattie oncologiche

Nel caso in cui all'Assicurato, durante la validità del contratto, venga diagnosticata una neoplasia maligna a carico di un qualunque organo, ivi comprese il mesotelioma o altre neoplasie maligne derivanti dall'attività professionale, la Società riconosce un massimale di **€ 15.420,00** per persona e per anno assicurativo, per spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia e delle sequele tutte nonché le prestazioni di medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di **€ 2.582,28** per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di **€ 104,00** al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Malattie cardiovascolari

In caso di malattia cardiaca comportante:

- ischemia del miocardio in tutte le sue varianti anatomocliniche e fisiopatologiche
- by pass aorto coronarico
- angioplastica coronarica percutanea senza o con apposizione di stent anche medicati
- tromboendarterectomia carotidea
- chirurgia cardiaca valvolare a cuore aperto o per via percutanea
- chirurgia vascolare dell'aorta toracica, aorta addominale ed arterie iliache a cielo aperto o per via per-

cutanea, anche con apposizione di stent medicati o endoprotesi vascolari

viene assicurato un massimale per persona e per anno di **€ 15.420,00** per spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia cardiovascolare.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di **€ 2.582,28** per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di **€ 104,00** al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Prevenzione

La Società garantisce l'effettuazione delle prestazioni di seguito descritte, purché eseguite presso le strutture sanitarie convenzionate con essa:

esame mammografico per le Assicurate che abbiano compiuto il 35° anno di età;

ecografia mammaria (compresa la visita specialistica associata);

esame di laboratorio P.S.A., eseguito una volta per anno assicurativo, per gli Assicurati che abbiano compiuto il 50° anno di età;

esofagogastroduodenoscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);

rettosigmoidocolonscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);

haemocult (ricerca sangue nelle feci);

esame citologico delle urine;

TC spirale e HRCT (tomografia computerizzata ad alta risoluzione).

Nell'ambito della diagnostica per immagini ed endoscopica sono comprese anche le indagini interventistiche (biopsie, escissioni di formazioni sessili o peduncolate, trattamenti curativi TC o Eco guidati).

Chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva

Limitatamente al Personale operativo del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, viene garantito il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento di chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della funzionalità visiva allo scopo del mantenimento dei requisiti di acuità visiva previsti per l'idoneità al servizio di istituto certificata da medico specialista oculista dipendente di struttura sanitaria pubblica, nonché le spese sostenute

correlate all'intervento comprensive degli accertamenti strumentali necessari.

Per il restante personale viene garantito il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento di chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva qualora non sia possibile ottenere una sufficiente acuità visiva con l'uso di adatte lenti (occhiali, lenti corneali) da certificarsi a cura di specialista oculista dipendente di struttura sanitaria pubblica che dovrà evidenziare la motivazione dell'eventuale intolleranza all'uso delle lenti da vista (occhiali, lenti corneali) oppure l'impossibilità di correzione del difetto visivo con l'uso di adatte lenti da vista (occhiali, lenti corneali).

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino alla concorrenza di **€ 1.275,00** per occhio per il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento nonché le spese sostenute correlate all'intervento comprensive degli accertamenti strumentali necessari.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di **€ 2.582,28** per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di **€ 104,00** al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Trasporto

Nel caso di ricovero dovuto a "Grande intervento", "Malattia oncologica", "Malattia cardiovascolare", "Grandi ustioni a seguito di infortunio", "Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici a seguito di infortunio", "Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio", "Rischio nucleare", "Terapia iperbarica", la Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura in ambulanza, con unità di terapia intensiva mobile, con aereo di linea, aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei e del bacino del mediterraneo), elisoccorso, treno, vagone letto, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 3.500,00** per ricovero.

Nell'ambito del massimale indicato rientrano in garanzia le spese di viaggio documentate (treno o aereo di linea) sostenute da un eventuale accompagnatore.

Garanzie Aggiuntive

La copertura comprende le seguenti garanzie aggiuntive operanti per eventi avvenuti durante lo svolgimento dell'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali. Si precisa che il personale del Corpo Nazionale dei

Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, in regime di distacco sindacale di cui agli accordi collettivi in materia, nell'espletamento delle proprie attività sindacali, è considerato in servizio a tutti gli effetti.

Terapia fisica e riabilitazione

Nell'arco di validità contrattuale, per gli infortuni subiti durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, documentati da certificato di pronto soccorso o da certificazione medica equipollente di medico specialista attinente all'evento o dal medico del comando di appartenenza purchè specialista in medicina dello sport, ortopedia, fisioterapia o traumatologia, viene garantito un massimale pari a **€ 1.300,00** per persona e per anno assicurativo per le prestazioni di terapia fisica e riabilitazione necessarie, così come specificatamente indicate da certificazione medica.

Nel caso in cui le prestazioni fisioterapiche rieducative vengano effettuate presso strutture sanitarie convenzionate con la Società, il massimale previsto al presente articolo viene elevato a **€ 2.300,00**.

Fermo restando i massimali sopra indicati, in caso di infortuni occorsi al di fuori dell'attività lavorativa, documentati da certificato di pronto soccorso o da certificazione medica equipollente di medico specialista attinente all'evento, che abbiano determinato fratture ossee, vengono riconosciute le prestazioni fisioterapiche rieducative necessarie, così come specificatamente indicate da certificazione medica, eseguite nei **120** giorni successivi all'evento (data di infortunio).

Grandi Ustioni a seguito di infortunio

La Società garantisce il rimborso delle spese mediche che l'Assicurato debba affrontare a causa di incidenti occorsi durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, dai quali derivino ustioni di secondo o di terzo grado che interessino almeno il **nove per cento** della superficie corporea, ad eccezione delle ustioni di terzo grado che interessino il volto, le mani e gli arti superiori, qualunque sia l'entità della superficie corporea interessata.

Sono pertanto considerati in garanzia gli interventi chirurgici di plastica ricostruttiva, le spese mediche preparatorie all'intervento e quelle successive, farmaci, gli ausili ed i presidi sanitari, visite specialistiche ed altre prestazioni mediche necessarie per la cura e il recupero funzionale della parte lesa compresi i trattamenti fisioterapici, riabilitativi, psicoterapici e fango balneo terapeutici (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) o

anche esclusivamente per la riparazione estetica.

Per tutto quanto sopra elencato viene previsto un massimale pari a € 17.920,00 per persona e per anno assicurativo.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 104,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici a seguito di infortunio

Nel caso di infortuni avvenuti durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, purché nell'arco della validità contrattuale, dai quali derivino avvelenamenti, intossicazioni da fumi, gas e vapori, shock e traumi anche psichici, certificati da un Pronto Soccorso, viene riconosciuto all'Assicurato un massimale di € 14.300,00 per persona e per anno assicurativo, per il rimborso delle spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi, gli ausili, i presidi sanitari e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'infortunio o della susseguente eventuale patologia.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 104,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio

Nel caso di infortuni avvenuti durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, purché nell'arco della validità contrattuale, che causino la perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale, certificata da un Pronto Soccorso, viene riconosciuto all'Assicurato un massimale di € 14.300,00 per persona e per anno assicurativo, per il rimborso delle spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trat-

tamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi, gli ausili, i presidi sanitari e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'infortunio o della susseguente eventuale patologia.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 104,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Rischio nucleare

Nel caso in cui, nell'arco di validità contrattuale, l'Assicurato, durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, venga a contatto, per cause accidentali, con sostanze radioattive e necessiti di cure inerenti, viene garantito un massimale di € 17.920,00 per persona e per anno assicurativo, per il rimborso delle spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, gli ausili, i presidi sanitari ed altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'infortunio e della eventuale patologia correlata.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 104,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Terapia iperbarica

Nel caso in cui, nell'arco di validità contrattuale, l'operatore subacqueo in servizio venga colpito, per cause accidentali, da malattia da decompressione che comporti un immediato ricovero e/o trattamento ambulatoriale compreso il regime di day hospital, la Società liquiderà le spese correlate per cure e/o terapie iperbariche sostenute durante il ricovero e le cure e/o terapie iperbariche di mantenimento, nel limite di € 12.750,00 per persona ed anno assicurativo.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per

spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 104,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Traumi dentari a seguito di infortunio

Nel caso di infortuni avvenuti durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, certificati da un Pronto Soccorso, purché nell'arco della validità contrattuale, che comportino la necessità di cure dentarie ricostruttive comprese le applicazioni protesiche di singoli o multipli elementi dentari, vengono rimborsate le spese sostenute nell'ambito di un massimale di € 10.000,00 per persona e per anno assicurativo.

Garanzie accessorie

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di Newmed S.p.A. telefonando al numero verde 800 – 845.525 dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 19,30 ed il sabato dalle 8,00 alle 12,00.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 39 02 7526181.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

Delimitazione dell'assicurazione

Sono escluse dal rimborso le spese per:

la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici; la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;

il rimborso delle spese relative ad infortuni derivanti da sports aerei, dalla partecipazione a corse, gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) purché non preventivamente autorizzate dall'Amministrazione;

gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza e negligenza anche grave dell'assicurato stesso.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio, e salvo quanto previsto all'articolo "Malattie oncologiche");

le cure dentarie e delle paradontopatie, nonché le visite e gli esami diagnostici di natura odontoiatrica, e le protesi dentarie (salvo quanto previsto all'articolo "Traumi dentari");

le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici (salvo quanto previsto agli articoli "Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici a seguito di infortunio", "Grandi Ustioni a seguito di infortunio", "Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio", "Malattie cardiovascolari", "Malattie oncologiche") di ortodonzia o terapeutici; le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti (salvo quanto previsto dall'articolo "Rischio nucleare");

le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici salvo che si tratti di interventi legati all'attività di servizio.

NUCLEO FAMILIARE

Possibilità di includere i familiari

Ciascun Assicurato, che goda della copertura assicurativa di cui al punto precedente, ha la possibilità, a proprie spese (**€ 165,00 per tutto il nucleo familiare**), di estendere una parte delle coperture assicurative a favore dei propri familiari.

Per nucleo familiare si intende il coniuge, o convivente more uxorio, ed i figli, purchè risultanti dallo stato di famiglia. L'estensione della garanzia deve riguardare tutti i componenti del nucleo, come sopra descritti, risultanti dallo stato di famiglia.

Per rendere operativa l'adesione al piano sanitario dei propri familiari occorre seguire le modalità di seguito descritte:

Categoria	Modalità
Familiari degli assunti nel Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento alla data del 31.01.2004	Entro il 30.06.2004 occorre: <ol style="list-style-type: none">1. compilare in ogni sua parte l'apposito modulo di adesione, elencando i componenti assicurabili del nucleo risultanti dallo stato di famiglia;2. compilare il modulo per il trattamento dei dati personali (Modello Privacy) che deve essere sottoscritto da tutti i componenti maggiorenni del nucleo inseriti in polizza (o dal genitore in caso di minore);3. effettuare il versamento di € 165,00 sul c/c postale n. 40007916 intestato alla Taverna PreviAss Srl;4. inviare i moduli suddetti in originale ed una copia del bollettino alla Taverna PreviAss Srl -P.zza della Vittoria 9-16121 Genova, anticipando il tutto a mezzo fax al numero 010.593967.
Familiari degli assunti nel Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento successivamente al 31/01/2004	Entro 90 giorni dal giorno di assunzione nel Corpo occorre: <ol style="list-style-type: none">1. compilare in ogni sua parte l'apposito modulo di adesione, elencando i componenti assicurabili del nucleo risultanti dallo stato di famiglia;2. compilare il modulo per il trattamento dei dati personali (Modello Privacy) che deve essere sottoscritto da tutti i componenti maggiorenni del nucleo inseriti in polizza (o dal genitore in caso di minore);3. effettuare il versamento sul c/c postale n. 40007916 intestato alla Taverna PreviAss Srl, tenendo presente che se l'assunzione nel Corpo Nazionale avviene entro il 31.07 di ogni anno assicurativo l'importo da corrispondere per l'estensione al nucleo è di € 165,00 mentre se l'iscrizione avviene successivamente al 31.07 l'importo è di € 82,50;4. inviare i moduli suddetti in originale ed una copia del bollettino alla Taverna PreviAss Srl-P.zza della Vittoria 9-16121 Genova, anticipando il tutto a mezzo fax al numero 010.593967.

Va ricordato che l'estensione delle garanzie al nucleo familiare può avvenire solo contestualmente all'assunzione del titolare nel Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento. Tale regola può essere derogata solo nel caso di variazione dello stato di famiglia per: 1) matrimonio dell'Assicurato o nuova convivenza; 2) nascita di figli.

La comunicazione della variazione dello stato di famiglia, unitamente ad una copia del modulo per il trattamento dei dati personali (Modello Privacy) debitamente sottoscritto dal familiare, se maggiorenne, o dal genitore in caso di minore, deve pervenire, entro **30** giorni dalla data di operatività della variazione, al numero di fax della Taverna PreviAss Srl sopra riportato. In tal caso l'effetto della copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno dell'avvenuta variazione. In caso contrario l'effetto della copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuata la comunicazione alla Taverna PreviAss Srl.

Modulo di adesione volontaria all'assistenza sanitaria

Con riferimento alla polizza "Rimborso Spese Sanitarie" stipulata dall'ONA a favore del personale del CNVVF compreso il Comando Provinciale di Trento
Polizza "Rimborso Spese Sanitarie" ad adesione volontaria n. CM 042009 Unionvita S.p.A.

Per il nucleo familiare del personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco e del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Comando di appartenenza _____ Ruolo _____

Dipendente del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento

dal _____

chiede

l'adesione alla copertura sanitaria volontaria per il proprio nucleo familiare inteso come coniuge o convivente more uxorio (C) e figli (F) risultanti dallo stato di famiglia, di seguito elencati.

A tal fine dichiara sotto sua piena responsabilità che le persone sotto elencate fanno parte del proprio stato di famiglia

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo	Codice fiscale	Parentela

Il sottoscritto dichiara di aver versato l'importo di € 165,00 per l'annualità 31/01/04 – 31/01/05 sul c/c postale n° 40007916 intestato alla Taverna PreviAss S.r.l. in data _____ di cui allega copia del bollettino.

Tutta la modulistica (Modulo adesione, Modello Privacy, copia bollettino) deve essere restituita compilata e sottoscritta entro il 30/06/2004 (ed anticipato a mezzo fax al numero 010.593967) alla Taverna PreviAss S.r.l. - Ufficio dedicato VV.F. - Piazza della Vittoria 9 - 16121 Genova - Tel. 010.5725.1

Data _____

Firma del sottoscrittore _____

Allegato Modello Privacy (d. lgs. 30/06/2003 n. 196) da compilare e sottoscrivere da parte del sottoscrittore e di ogni componente il nucleo familiare assicurato (o dal genitore in caso di minore).

L'adesione non è possibile in assenza del Modello Privacy compilato e sottoscritto.



UNIONVITA
Assicurazioni per la vita

Modulo di denuncia sinistro (da compilarsi per ogni evento)

Con riferimento alla polizza "Rimborso Spese Sanitarie" stipulata dall'ONA a favore del personale del CNVVF compreso il Comando Provinciale di Trento
Polizza "Rimborso Spese Sanitarie" ad adesione volontaria n. CM 042009 Unionvita S.p.A.



- Per il nucleo familiare del personale del CNVVF e del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento
- Per il dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare
- Per il pensionato del CNVVF, del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare

Titolare	
Cognome _____	Nome _____
Indirizzo _____	Cap _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____	Codice Fiscale _____
Comando/Ufficio di appartenenza _____	Ruolo _____
<input type="checkbox"/> Dipendente del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento <input type="checkbox"/> Dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei VVF del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal _____ <input type="checkbox"/> Pensionato del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento o della Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei VVF del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal _____	
Componente del nucleo familiare che presenta la denuncia di sinistro	
Cognome _____	Nome _____
Indirizzo _____	Cap _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____	Codice Fiscale _____
Coordinate bancarie in formato BBAN	
Banca _____	Intestatario _____
CIN <input type="checkbox"/>	ABI <input type="checkbox"/>
CAB <input type="checkbox"/>	Conto Corrente N. <input type="checkbox"/>
Evento cui si riferisce il sinistro	
<input type="checkbox"/> Infortunio	<input type="checkbox"/> Malattia
<input type="checkbox"/> Parto	<input type="checkbox"/> Accertamenti diagnostici/Visite specialistiche
<input type="checkbox"/> Ricovero dal _____ al _____	<input type="checkbox"/> N° ticket allegati _____
	<input type="checkbox"/> N° fatture allegate _____
<p>La richiesta di rimborso va presentata non oltre 1 anno dalla data dell'evento. Qualora tale termine stesse per scadere vi suggeriamo, per non perdere il diritto all'indennizzo, di inoltrare la documentazione a mezzo raccomandata a.r. Trascorso un anno, il diritto alla richiesta di rimborso si prescrive (art. 2952 Codice Civile).</p> <p>Il presente modulo, unitamente al Modello Privacy, deve essere restituito compilato e sottoscritto alla Taverna PreviAss S.r.l. - Ufficio dedicato VV.F. - Piazza della Vittoria 9 - 16121 Genova - Tel. 010.5725.1</p>	
Data _____	Firma _____
<p><i>Allegato Modello Privacy (d. lgs. 30/06/2003 n. 196) da compilare e sottoscrivere da parte del titolare o del componente il nucleo familiare che presenta la denuncia di sinistro (o dal genitore in caso di minore).</i></p> <p><i>La pratica di sinistro non può essere istruita in assenza del Modello Privacy compilato e sottoscritto.</i></p>	



Quando ha inizio e quando cessa l'effetto della copertura assicurativa

L'effetto della copertura dipende dalla data di assunzione del Titolare nel Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento.

Di seguito riepiloghiamo i possibili casi:

Inizio copertura familiari eventualmente inclusi	Fine copertura familiari (salvo rinnovo)
Ore 24 del 31.01.2004 se la scheda di adesione perviene entro il 30.06.2004	Ore 24 del 31.01.2005
Dalle ore 24 del giorno di decorrenza dell'assunzione se la scheda di adesione perviene entro 90 giorni dalla data di assunzione	Ore 24 del 31.01.2005

Per coloro che, nel corso dell'anno, cessano il rapporto con l'Amministrazione di appartenenza, la garanzia assicurativa resta valida, per i nuclei familiari assicurati, fino alla prima scadenza annuale dell'assicurazione.

Limiti di età

Le garanzie del piano sanitario sono operanti, fino al compimento del 75° anno di età. Qualora tale limite venga raggiunto nel corso dell'annualità assicurativa la copertura è operante fino al termine della stessa.

PRESTAZIONI OPERANTI PER IL NUCLEO FAMILIARE

Indennità di Ricovero Ospedaliero

Nel caso l'assicurato venga dimesso e nella stessa giornata, oppure il giorno successivo venga ricoverato nuovamente, i due eventi verranno considerati come un solo ricovero.

Nel solo caso di dimissione in giornata pre festiva il ricovero successivo dovrà avvenire entro il primo giorno feriale successivo.

Ricovero con Intervento Chirurgico

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day Hospital, per l'esecuzione di un intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di **€ 119,00**.

In caso di ricovero a seguito di un "Grande Intervento Chirurgico", intendendosi per tali quelli da elenco allegato n. 1, la diaria giornaliera corrisposta viene elevata a **€ 165,00**.

La diaria viene erogata per un massimo di **60** giorni per ogni sinistro.

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto cesareo.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico, oltre alla diaria giornaliera, la società provvederà al rimborso integrale delle spese sostenute, fino alla concorrenza di **€ 3.750,00** per persona e per anno assicurativo, per visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei **45 giorni precedenti** il ricovero. La società provvederà inoltre al rimborso integrale delle spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, tratta-

menti fisioterapici e riabilitativi comprese le cure fango balneo massoterapiche e idroponiche (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), la medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico, effettuati nei **45 giorni successivi** alla dimissione dall'istituto di cura.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di **€ 2.582,28** per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di **€ 104,00** al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Ricovero senza intervento

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day Hospital, senza effettuazione di intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di **€ 92,00**.

La diaria viene erogata per un massimo di **60** giorni per ogni sinistro.

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto non cesareo.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di

€ 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 104,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Alta specializzazione

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraricovero:

- Chemioterapia
- Radioterapia e radiochirurgia a scopo non fisioterapico
- Elettroencefalografia
- Risonanza Magnetica Nucleare anche con liquido di contrasto
- Scintigrafia
- Ecocardiografia color Doppler (anche transesofagea)
- Tomografia Assiale Computerizzata senza e con mezzo di contrasto
- Mineralometria ossea computerizzata
- Ricerche genetiche per malformazioni:
 - amniocentesi
 - prelievo dei villi coriali
- Elettrocardiogramma
- Ecografia prostatica transrettale
- Ecografia transvaginale
- Ecografia vascolare color Doppler dei vasi epiaortici
- Ecografia della tiroide anche color Doppler
- Ecografia dell'apparato locomotore arti superiori ed inferiori anche color Doppler
- Ecografia addome superiore ed inferiore anche color Doppler

Nel solo caso di utilizzo di strutture convenzionate rientrano in garanzia anche le visite specialistiche associate ai relativi esami diagnostici per immagini previsti nella garanzia alta specializzazione.

Nell'ambito della diagnostica per immagini sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, agobiopsia, Pap test e relativi esami citodiagnostici).

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza di € 6.664,57 per persona e per anno assicurativo.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile pari a € 25,00 per ogni accertamento diagnostico od ogni ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i

ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

La garanzia di cui al presente articolo è operante in presenza di prescrizione medica contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Malattie oncologiche

Nel caso in cui all'Assicurato, durante la validità del contratto, venga diagnosticata una neoplasia maligna a carico di un qualunque organo, ivi comprese il mesotelioma o altre neoplasie maligne derivanti dall'attività professionale, la Società riconosce un massimale di € 15.420,00 per persona e per anno assicurativo, per spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia e delle sequele tutte nonché le prestazioni di medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 104,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Malattie cardiovascolari

In caso di malattia cardiaca comportante:

- ischemia del miocardio in tutte le sue varianti anatomocliniche e fisiopatologiche
- by pass aorto coronarico
- angioplastica coronarica percutanea senza o con apposizione di stent anche medicati
- tromboendarterectomia carotidea
- chirurgia cardiaca valvolare a cuore aperto o per via percutanea
- chirurgia vascolare dell'aorta toracica, aorta addominale ed arterie iliache a cielo aperto o per via percutanea, anche con apposizione di stent medicati o endoprotesi vascolari

viene assicurato un massimale per persona e per anno di € 15.420,00 per spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia cardiovascolare.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per

spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 104,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Trasporto

Nel caso di ricovero dovuto a "Grande intervento", "Malattia oncologica", "Malattia cardiovascolare", la Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura in ambulanza, con unità di terapia intensiva mobile, con aereo di linea, aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei e del bacino del mediterraneo), elisoccorso, treno, vagone letto, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 3.500,00 per ricovero. Nell'ambito del massimale indicato rientrano in garanzia le spese di viaggio documentate (treno o aereo di linea) sostenute da un eventuale accompagnatore.

Garanzie accessorie

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di Newmed S.p.A. telefonando al numero verde 800 – 845.525 dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 19,30 ed il sabato dalle 8,00 alle 12,00.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 39 02 7526181.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia

l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

Delimitazione dell'assicurazione

Sono escluse dal rimborso le spese per:

la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici; la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;

il rimborso delle spese relative ad infortuni derivanti da sports aerei, dalla partecipazione a corse, gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);

gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza e negligenza anche grave dell'assicurato stesso.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio, e salvo quanto previsto all'articolo "Malattie oncologiche");

le cure dentarie e delle paradontopatie, nonché le visite e gli esami diagnostici di natura odontoiatrica, e le protesi dentarie;

le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici (salvo quanto previsto agli articoli "Malattie cardiovascolari", "Malattie oncologiche") di ortodonzia o terapeutici;

le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici salvo che si tratti di interventi legati all'attività di servizio.

**PERSONALE DIPENDENTE DELLA AMMINISTRAZIONE CIVILE DELL'INTERNO
PRESSO IL DIPARTIMENTO DEI VIGILI DEL FUOCO
DEL SOCCORSO PUBBLICO E DELLA DIFESA CIVILE**

Il personale dell'amministrazione civile dell'interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco, ha la facoltà di aderire al contratto assicurativo, le cui prestazioni sono di seguito riportate, potendo estendere l'applicazione delle garanzie anche ai componenti del proprio nucleo familiare.

Ricordiamo al riguardo che, ai fini della polizza, fanno parte del nucleo familiare il coniuge, o convivente more uxorio, ed i figli, purchè risultanti dallo stato di famiglia.

L'estensione delle garanzie deve riguardare tutti i componenti del nucleo, come sopra descritti, risultanti dallo stato di famiglia.

Per rendere operativa l'adesione al piano sanitario di ciascun componente il Personale dell'amministrazione civile dell'interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco e dei rispettivi familiari, occorre seguire le modalità di seguito descritte:

Categoria	Modalità
Personale amministrativo in servizio alla data del 31.01.2004	Entro il 30.06.2004 occorre: 1. compilare, a cura del Dipendente, in ogni sua parte l'apposito modulo di adesione, eventualmente elencando i componenti assicurabili del nucleo risultanti dallo stato di famiglia; 2. compilare il modulo per il trattamento dei dati personali (Modello Privacy) che deve essere sottoscritto da tutti i componenti maggiorenni del nucleo inseriti in polizza (o dal genitore in caso di minore); 3. effettuare il versamento di € 103,29 per la copertura assicurativa del Dipendente e di € 165,00 per l'eventuale estensione al nucleo familiare sul c/c postale n. 40007916 intestato alla Taverna PreviAss Srl ; 4. inviare i moduli suddetti in originale ed una copia del bollettino alla Taverna PreviAss Srl -P.zza della Vittoria 9-16121 Genova, anticipando il tutto a mezzo fax al numero 010.593967.
Personale amministrativo assunto o trasferito presso il Dipartimento successivamente al 31.01.2004	Entro 90 giorni dal giorno di assunzione o trasferimento occorre: 1. compilare, a cura del Dipendente, in ogni sua parte l'apposito modulo di adesione, eventualmente elencando i componenti assicurabili del nucleo risultanti dallo stato di famiglia; 2. compilare il modulo per il trattamento dei dati personali (Modello Privacy) che deve essere sottoscritto da tutti i componenti maggiorenni del nucleo inseriti in polizza (o dal genitore in caso di minore); 3. effettuare il versamento di € 103,29 per la copertura assicurativa del Dipendente e di € 165,00 per l'eventuale estensione al nucleo familiare (entrambi gli importi vanno dimezzati se l'adesione avviene successivamente al 31 luglio) sul c/c postale n. 40007916 intestato alla Taverna PreviAss Srl ; 4. inviare i moduli suddetti in originale ed una copia del bollettino alla Taverna PreviAss Srl -P.zza della Vittoria 9-16121 Genova, anticipando il tutto a mezzo fax al numero 010.593967.

Va ricordato che l'estensione delle garanzie al nucleo familiare può avvenire solo contestualmente all'iscrizione del titolare nel ruolo del Personale dell'amministrazione civile dell'interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco. Tale regola può essere derogata solo nel caso di variazione dello stato di famiglia per:

1) matrimonio dell'assicurato o nuova convivenza; 2) nascita di figli.

La comunicazione della variazione dello stato di famiglia, unitamente ad una copia del modulo per il trattamento dei dati personali (Modello Privacy) debitamente sottoscritto dal familiare, se maggiorenne, o dal genitore in caso di minore, deve pervenire, entro **30** giorni dalla data di operatività della variazione, al numero di fax della Taverna PreviAss Srl sopra riportato. In tal caso l'effetto della copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno dell'avvenuta variazione. In caso contrario l'effetto della copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuata la comunicazione alla Taverna PreviAss Srl.



UNIONVITA
Assicurazioni per la vita

Modulo di adesione volontaria all'assistenza sanitaria

Con riferimento alla polizza "Rimborso Spese Sanitarie" stipulata dall'ONA a favore del personale del CNVVF compreso il Comando Provinciale di Trento
Polizza "Rimborso Spese Sanitarie" ad adesione volontaria n. CM 042009 Unionvita S.p.A.



- Per il dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare
- Per il Pensionato del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, della Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

- Dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei VVF del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal _____
- Pensionato del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento o della Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei VVF del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal _____

chiede di aderire alla copertura sanitaria volontaria

e di estendere l'adesione alla copertura per il proprio nucleo familiare inteso come coniuge o convivente more uxorio (C) e figli (F) risultanti dallo stato di famiglia, di seguito elencati.

A tal fine dichiara sotto sua piena responsabilità che le persone sotto elencate fanno parte del proprio stato di famiglia

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo	Codice fiscale	Parentela

Il sottoscritto dichiara di aver versato l'importo di € _____ per l'annualità 31/01/04 - 31/01/05 sul c/c postale n° 40007916 intestato alla Taverna PreviAss S.r.l. in data _____ di cui allega copia del bollettino.

Tutta la modulistica (Modulo adesione, Modello Privacy, copia bollettino) deve essere restituita compilata e sottoscritta entro il 30/06/2004 (ed anticipato a mezzo fax al numero 010.593967) alla Taverna PreviAss S.r.l. - Ufficio dedicato V.V.F. - Piazza della Vittoria 9 - 16121 Genova - Tel. 010.5725.1

Data _____ Firma del sottoscrittore _____

Allegato Modello Privacy (d. lgs. 30/06/2003 n. 196) da compilare e sottoscrivere da parte del sottoscrittore e di ogni componente il nucleo familiare assicurato (o dal genitore in caso di minore).

L'adesione non è possibile in assenza del Modello Privacy compilato e sottoscritto.





Modulo di denuncia sinistro (da compilarsi per ogni evento)

Con riferimento alla polizza "Rimborso Spese Sanitarie" stipulata dall'ONA a favore del personale del CNVVF compreso il Comando Provinciale di Trento
Polizza "Rimborso Spese Sanitarie" ad adesione volontaria n. CM 042009 Unionvita S.p.A.

- Per il nucleo familiare del personale del CNVVF e del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento
- Per il dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare
- Per il pensionato del CNVVF, del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare

Titolare

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

Comando/Ufficio di appartenenza _____ Ruolo _____

Dipendente del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento

Dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei VVF del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal _____

Pensionato del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento o della Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei VVF del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal _____

Componente del nucleo familiare che presenta la denuncia di sinistro

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

Coordinate bancarie in formato BBAN

Banca _____ Intestatario _____

CIN ABI CAB Conto Corrente N.

Evento cui si riferisce il sinistro

Infortunio Malattia Parto Accertamenti diagnostici/Visite specialistiche

Ricovero dal _____ al _____ N° ticket allegati _____

N° fatture allegate _____

La richiesta di rimborso va presentata non oltre 1 anno dalla data dell'evento. Qualora tale termine stesse per scadere vi suggeriamo, per non perdere il diritto all'indennizzo, di inoltrare la documentazione a mezzo raccomandata a.r. Trascorso un anno, il diritto alla richiesta di rimborso si prescrive (art. 2952 Codice Civile).

Il presente modulo, unitamente al Modello Privacy, deve essere restituito compilato e sottoscritto alla Taverna PreviAss S.r.l. - Ufficio dedicato VV.F. - Piazza della Vittoria 9 - 16121 Genova - Tel. 010.5725.1

Data _____ Firma _____

Allegato Modello Privacy (d. lgs. 30/06/2003 n. 196) da compilare e sottoscrivere da parte del titolare o del componente il nucleo familiare che presenta la denuncia di sinistro (o dal genitore in caso di minore).

La pratica di sinistro non può essere istruita in assenza del Modello Privacy compilato e sottoscritto.

Quando ha inizio e quando cessa l'effetto della copertura assicurativa

L'effetto della copertura dipende dalla data di assunzione del dipendente dell'amministrazione civile dell'interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco o di trasferimento presso il Dipartimento (E' comunque necessario rispettare i termini previsti per l'invio del modulo di adesione).

Di seguito riepiloghiamo i possibili casi:

Qualifica	Inizio copertura Dipendente	Fine copertura Dipendente (salvo rinnovo)	Inizio copertura familiari eventualmente inclusi	Fine copertura familiari eventualmente inclusi (salvo rinnovo)
Dipendente al 31.01.2004	Ore 24 del 31.01.2004 se la scheda di adesione perviene entro il 30.06.2004	Ore 24 del 31.01.2005	Ore 24 del 31.01.2004 se la scheda di adesione perviene entro il 30.06.2004	Ore 24 del 31.01.2005
Dipendente successivamente al 31.01.2004	Dalle ore 24 del giorno di decorrenza dell'assunzione se la scheda di adesione perviene entro 90 giorni dalla data di iscrizione	Ore 24 del 31.01.2005	Dalle ore 24 del giorno di decorrenza dell'iscrizione se la scheda di adesione perviene entro 90 giorni dalla data di iscrizione	Ore 24 del 31.01.2005

Per coloro che, nel corso dell'anno, cessano il rapporto con l'Amministrazione di appartenenza, la garanzia assicurativa resta valida, per essi e per i nuclei familiari assicurati, fino alla prima scadenza annuale dell'assicurazione.

Limiti di età

Le garanzie del piano sanitario sono operanti, fino al compimento del 75° anno di età. Qualora tale limite venga raggiunto nel corso dell'annualità assicurativa la copertura è operante fino al termine della stessa.

PRESTAZIONI OPERANTI PER IL PERSONALE DIPENDENTE DELL' AMMINISTRAZIONE CIVILE DELL'INTERNO PRESSO IL DIPARTIMENTO DEI VIGILI DEL FUOCO DEL SOCCORSO PUBBLICO E DELLA DIFESA CIVILE

(Qualora il dipendente voglia includere il proprio nucleo familiare, per lo stesso saranno operanti le prestazioni previste al punto precedente "Prestazioni operanti per il nucleo familiare")

Indennità di Ricovero Ospedaliero

Nel caso l'assicurato venga dimesso e nella stessa giornata, oppure il giorno successivo venga ricoverato nuovamente, i due eventi verranno considerati come un solo ricovero.

Nel solo caso di dimissione in giornata pre festiva il ricovero successivo dovrà avvenire entro il primo giorno feriale successivo.

Ricovero con Intervento Chirurgico

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day Hospital, per l'esecuzione di un intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di **€ 119,00**.

In caso di ricovero a seguito di un "Grande Intervento Chirurgico", intendendosi per tali quelli da elenco allegato n. 1, la diaria giornaliera corrisposta viene elevata

a € 165,00.

La diaria viene erogata per un massimo di 60 giorni per ogni sinistro.

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto cesareo.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico, oltre alla diaria giornaliera, la società provvederà al rimborso integrale delle spese sostenute, fino alla concorrenza di € 3.750,00 per persona e per anno assicurativo, per visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei **45 giorni precedenti** il ricovero. La società provvederà inoltre al rimborso integrale delle spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi comprese le cure fango balneo massoterapiche e idroponiche (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), la medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico, effettuati nei **45 giorni successivi** alla dimissione dall'istituto di cura.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 104,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Ricovero senza intervento

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day Hospital, senza effettuazione di intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di € 92,00.

La diaria viene erogata per un massimo di 60 giorni per ogni sinistro.

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto non cesareo.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 104,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Alta specializzazione

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraricovero:

- Chemioterapia
- Radioterapia e radiochirurgia a scopo non fisioterapico
- Elettroencefalografia
- Risonanza Magnetica Nucleare anche con liquido di contrasto
- Scintigrafia
- Ecocardiografia color Doppler (anche transesofagea)
- Tomografia Assiale Computerizzata senza e con mezzo di contrasto
- Mineralometria ossea computerizzata
- Ricerche genetiche per malformazioni:
 - amniocentesi
 - prelievo dei villi coriali
- Elettrocardiogramma
- Ecografia prostatica transrettale
- Ecografia transvaginale
- Ecografia vascolare color Doppler dei vasi epiaortici
- Ecografia della tiroide anche color Doppler
- Ecografia dell'apparato locomotore arti superiori ed inferiori anche color Doppler
- Ecografia addome superiore ed inferiore anche color Doppler

Nel solo caso di utilizzo di strutture convenzionate rientrano in garanzia anche le visite specialistiche associate ai relativi esami diagnostici per immagini previsti nella garanzia alta specializzazione.

Nell'ambito della diagnostica per immagini sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, agobiopsia, Pap test e relativi esami citodiagnostici).

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza di € 6.664,57 per persona e per anno assicurativo.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile pari a € 25,00 per ogni accertamento diagnostico od ogni ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

La garanzia di cui al presente articolo è operante in presenza di prescrizione medica contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Malattie oncologiche

Nel caso in cui all'Assicurato, durante la validità del contratto, venga diagnosticata una neoplasia maligna a carico di un qualunque organo, ivi comprese il mesotelioma o altre neoplasie maligne derivanti dall'attività

professionale, la Società riconosce un massimale di **€ 15.420,00** per persona e per anno assicurativo, per spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia e delle sequele tutte nonché le prestazioni di medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di **€ 2.582,28** per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di **€ 104,00** al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Malattie cardiovascolari

In caso di malattia cardiaca comportante:

- ischemia del miocardio in tutte le sue varianti anatomiche e fisiopatologiche
- by pass aorto coronarico
- angioplastica coronarica percutanea senza o con apposizione di stent anche medicati
- tromboendarterectomia carotidea
- chirurgia cardiaca valvolare a cuore aperto o per via percutanea
- chirurgia vascolare dell'aorta toracica, aorta addominale ed arterie iliache a cielo aperto o per via percutanea, anche con apposizione di stent medicati o endoprotesi vascolari

viene assicurato un massimale per persona e per anno di **€ 15.420,00** per spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia cardiovascolare.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di **€ 2.582,28** per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di **€ 104,00** al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Prevenzione

La Società garantisce l'effettuazione delle prestazioni di seguito descritte, purché eseguite presso le strutture sanitarie convenzionate con essa:

- esame mammografico per le Assicurate che abbiano

compiuto il 35° anno di età;

- ecografia mammaria (compresa la visita specialistica associata);
- esame di laboratorio P.S.A., eseguito una volta per anno assicurativo, per gli Assicurati che abbiano compiuto il 50° anno di età;
- esofagogastroduodenoscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);
- rettosigmoidocolonscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);
- haemocult (ricerca sangue nelle feci);
- esame citologico delle urine;
- TC spirale e HRCT (tomografia computerizzata ad alta risoluzione).

Nell'ambito della diagnostica per immagini ed endoscopica sono comprese anche le indagini interventistiche (biopsie, escissioni di formazioni sessili o peduncolate, trattamenti curativi TC o Eco guidati).

Chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva

Limitatamente al Personale operativo del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, viene garantito il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento di chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della funzionalità visiva allo scopo del mantenimento dei requisiti di acuità visiva previsti per l'idoneità al servizio di istituto certificata da medico specialista oculista dipendente di struttura sanitaria pubblica, nonché le spese sostenute correlate all'intervento comprensive degli accertamenti strumentali necessari.

Per il restante personale viene garantito il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento di chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva qualora non sia possibile ottenere una sufficiente acuità visiva con l'uso di adatte lenti (occhiali, lenti corneali) da certificarsi a cura di specialista oculista dipendente di struttura sanitaria pubblica che dovrà evidenziare la motivazione dell'eventuale intolleranza all'uso delle lenti da vista (occhiali, lenti corneali) oppure l'impossibilità di correzione del difetto visivo con l'uso di adatte lenti da vista (occhiali, lenti corneali).

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino alla concorrenza di **€ 1.275,00** per occhio per il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento nonché le spese sostenute correlate all'intervento comprensive degli accertamenti strumentali necessari.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di **€ 2.582,28** per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel

limite di € 104,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Trasporto

Nel caso di ricovero dovuto a "Grande intervento", "Malattia oncologica", "Malattia cardiovascolare", la Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura in ambulanza, con unità di terapia intensiva mobile, con aereo di linea, aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei e del bacino del mediterraneo), elisoccorso, treno, vagone letto di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 3.500,00 per ricovero.

Nell'ambito del massimale indicato rientrano in garanzia le spese di viaggio documentate (treno o aereo di linea) sostenute da un eventuale accompagnatore.

Garanzie accessorie

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di Newmed S.p.A. telefonando al numero verde **800 – 845.525** dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 19,30 ed il sabato dalle 8,00 alle 12,00.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 39 02 7526181.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica

da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

Delimitazione dell'assicurazione

Sono escluse dal rimborso le spese per:

la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici; la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;

il rimborso delle spese relative ad infortuni derivanti da sports aerei, dalla partecipazione a corse, gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) purché non preventivamente autorizzate dall'Amministrazione;

gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza e negligenza anche grave dell'assicurato stesso.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio, e salvo quanto previsto all'articolo "Malattie oncologiche");

le cure dentarie e delle paradontopatie, nonché le visite e gli esami diagnostici di natura odontoiatrica, e le protesi dentarie;

le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici (salvo quanto previsto agli articoli, "Malattie cardiovascolari", "Malattie oncologiche") di ortodonzia o terapeutici;

le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici salvo che si tratti di interventi legati all'attività di servizio.

PERSONALE IN QUIESCENZA

Il personale in quiescenza, ha la facoltà di aderire al contratto assicurativo, le cui prestazioni sono di seguito riportate, potendo estendere l'applicazione delle garanzie ai componenti del proprio nucleo familiare. Ricordiamo al riguardo che, ai fini della polizza, fanno parte del nucleo familiare il coniuge, o convivente more-uxorio, ed i figli, purchè risultanti dallo stato di famiglia.

L'estensione delle garanzie deve riguardare tutti i componenti del nucleo, come sopra descritti, risultanti dallo stato di famiglia.

Per rendere operativa l'adesione al piano sanitario del Personale in quiescenza e dei rispettivi familiari, occorre seguire le modalità di seguito descritte:

Categoria	Modalità
Personale già in quiescenza alla data del 31.01.2004	<p>Entro il 30.06.2004 occorre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. compilare, a cura del Pensionato, in ogni sua parte, l'apposito modulo di adesione, eventualmente elencando i componenti assicurabili del nucleo risultanti dallo stato di famiglia; 2. compilare il modulo per il trattamento dei dati personali (Modello Privacy) che deve essere sottoscritto da tutti i componenti maggiorenni del nucleo inseriti in polizza (o dal genitore in caso di minore); 3. effettuare il versamento di € 150,00 per la copertura assicurativa del Pensionato e, per l'eventuale estensione al nucleo familiare, di € 185,00 per ciascun familiare incluso in polizza sul c/c postale n. 40007916 intestato alla Taverna PreviAss Srl; 4. inviare i moduli suddetti in originale ed una copia del bollettino alla Taverna PreviAss Srl -P.zza della Vittoria 9-16121 Genova, anticipando il tutto a mezzo fax al numero 010.593967.
* Personale in quiescenza successivamente al 31.01.2004	<p>Entro il 30.04.2005 occorre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. compilare, a cura del Pensionato, in ogni sua parte, l'apposito modulo di adesione, eventualmente elencando i componenti assicurabili del nucleo risultanti dallo stato di famiglia; 2. compilare il modulo per il trattamento dei dati personali (Modello Privacy) che deve essere sottoscritto da tutti i componenti maggiorenni del nucleo inseriti in polizza (o dal genitore in caso di minore); 3. effettuare il versamento di € 103,29 per la copertura assicurativa del Pensionato e di € 165,00 per l'eventuale estensione al nucleo familiare sul c/c postale n. 40007916 intestato alla Taverna PreviAss Srl; 4. inviare i moduli suddetti in originale ed una copia del bollettino alla Taverna PreviAss Srl -P.zza della Vittoria 9-16121 Genova, anticipando il tutto a mezzo fax al numero 010.593967.

*** Si ricorda che il personale in quiescenza successivamente al 31/01/04 rimane in copertura fino alla scadenza annuale dell'assicurazione (31/01/05).**

Va ricordato che l'estensione delle garanzie al nucleo familiare può avvenire solo contestualmente all'adesione del Personale in quiescenza. Tale regola può essere derogata solo nel caso di variazione dello stato di famiglia per: 1) matrimonio del Pensionato o nuova convivenza; 2) nascita di figli.

La comunicazione della variazione dello stato di famiglia, unitamente ad una copia del modulo per il trattamento dei dati personali debitamente sottoscritto dal familiare, se maggiorenne, o dal genitore in caso di minore, deve pervenire, entro **30** giorni dalla data di operatività della variazione, al numero di fax della Taverna PreviAss Srl sopra riportato. In tal caso l'effetto della copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno dell'avvenuta variazione. In caso contrario l'effetto della copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuata la comunicazione alla Taverna PreviAss Srl.

Quando ha inizio e quando cessa l'effetto della copertura assicurativa

L'effetto della copertura per il Pensionato già in quiescenza alla data del 31.01.04 è fissata alle ore 24 del 31.01.2004 purchè la domanda di adesione pervenga entro il 30.06.2004.

Qualifica	Inizio copertura Pensionato	Fine copertura Pensionato (salvo rinnovo)	Inizio copertura familiari eventualmente inclusi	Fine copertura familiari eventualmente inclusi (salvo rinnovo)
Pensionato	Ore 24 del 31.01.2004 se la scheda di adesione perviene entro il 30.06.2004	Ore 24 del 31.01.2005	Ore 24 del 31.01.2004 se la scheda di adesione perviene entro il 30.06.2004	Ore 24 del 31.01.2005

Limiti di età

Le garanzie del piano sanitario sono operanti, per i Pensionati e per i rispettivi familiari inclusi, fino al compimento del 75° anno di età. Qualora tale limite venga raggiunto nel corso dell'annualità assicurativa la copertura è operante fino al termine della stessa.

PRESTAZIONI OPERANTI PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA

(Qualora il pensionato voglia includere il proprio nucleo familiare, per lo stesso saranno operanti le prestazioni previste al punto precedente "Prestazioni operanti per il nucleo familiare")

Indennità di Ricovero Ospedaliero

Nel caso l'assicurato venga dimesso e nella stessa giornata, oppure il giorno successivo venga ricoverato nuovamente, i due eventi verranno considerati come un solo ricovero.

Nel solo caso di dimissione in giornata pre festiva il ricovero successivo dovrà avvenire entro il primo giorno feriale successivo.

Ricovero con Intervento Chirurgico

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day Hospital, per l'esecuzione di un intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di **€ 119,00**.

In caso di ricovero a seguito di un "Grande Intervento Chirurgico", intendendosi per tali quelli da elenco allegato n. 1, la diaria giornaliera corrisposta viene elevata a **€ 165,00**.

La diaria viene erogata per un massimo di **60** giorni per ogni sinistro.

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto cesareo.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico, oltre alla

diaria giornaliera, la società provvederà al rimborso integrale delle spese sostenute, fino alla concorrenza di **€ 3.750,00** per persona e per anno assicurativo, per visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei **45 giorni precedenti** il ricovero. La società provvederà inoltre al rimborso integrale delle spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi comprese le cure fango balneo massoterapiche e idroponiche (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), la medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico, effettuati nei **45 giorni successivi** alla dimissione dall'istituto di cura.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di **€ 2.582,28** per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di **€ 104,00** al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.



UNIONVITA
Assicurazioni per la vita

Modulo di adesione volontaria all'assistenza sanitaria

Con riferimento alla polizza "Rimborso Spese Sanitarie" stipulata dall'ONA a favore del personale del CNVVF compreso il Comando Provinciale di Trento
Polizza "Rimborso Spese Sanitarie" ad adesione volontaria n. CM 042009 Unionvita S.p.A.



- Per il dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare
- Per il Pensionato del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, della Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

- Dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei VVF del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal _____
- Pensionato del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento o della Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei VVF del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal _____

chiede di aderire alla copertura sanitaria volontaria

e di estendere l'adesione alla copertura per il proprio nucleo familiare inteso come coniuge o convivente more uxorio (C) e figli (F) risultanti dallo stato di famiglia, di seguito elencati.

A tal fine dichiara sotto sua piena responsabilità che le persone sotto elencate fanno parte del proprio stato di famiglia

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo	Codice fiscale	Parentela

Il sottoscritto dichiara di aver versato l'importo di € _____ per l'annualità 31/01/04 - 31/01/05 sul c/c postale n° 40007916 intestato alla Taverna PreviAss S.r.l. in data _____ di cui allega copia del bollettino.

Tutta la modulistica (Modulo adesione, Modello Privacy, copia bollettino) deve essere restituita compilata e sottoscritta entro il 30/06/2004 (ed anticipato a mezzo fax al numero 010.593967) alla Taverna PreviAss S.r.l. - Ufficio dedicato V.V.F. - Piazza della Vittoria 9 - 16121 Genova - Tel. 010.5725.1

Data _____ Firma del sottoscrittore _____

Allegato Modello Privacy (d. lgs. 30/06/2003 n. 196) da compilare e sottoscrivere da parte del sottoscrittore e di ogni componente il nucleo familiare assicurato (o dal genitore in caso di minore).

L'adesione non è possibile in assenza del Modello Privacy compilato e sottoscritto.





Modulo di denuncia sinistro (da compilarsi per ogni evento)

Con riferimento alla polizza "Rimborso Spese Sanitarie" stipulata dall'ONA a favore del personale del CNVVF compreso il Comando Provinciale di Trento
Polizza "Rimborso Spese Sanitarie" ad adesione volontaria n. CM 042009 Unionvita S.p.A.



- Per il nucleo familiare del personale del CNVVF e del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento
- Per il dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare
- Per il pensionato del CNVVF, del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare

Titolare	
Cognome _____	Nome _____
Indirizzo _____	Cap _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____	Codice Fiscale _____
Comando/Ufficio di appartenenza _____	Ruolo _____
<input type="checkbox"/> Dipendente del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento <input type="checkbox"/> Dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei VVF del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal _____ <input type="checkbox"/> Pensionato del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento o della Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei VVF del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal _____	
Componente del nucleo familiare che presenta la denuncia di sinistro	
Cognome _____	Nome _____
Indirizzo _____	Cap _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____	Codice Fiscale _____
Coordinate bancarie in formato BBAN	
Banca _____	Intestatario _____ :
CIN <input type="checkbox"/>	ABI <input type="checkbox"/>
CAB <input type="checkbox"/>	Conto Corrente N. <input type="checkbox"/>
Evento cui si riferisce il sinistro	
<input type="checkbox"/> Infortunio	<input type="checkbox"/> Malattia
<input type="checkbox"/> Ricovero dal _____ al _____	<input type="checkbox"/> Parto
	<input type="checkbox"/> Accertamenti diagnostici/Visite specialistiche
	<input type="checkbox"/> N° ticket allegati _____
	<input type="checkbox"/> N° fatture allegate _____
<p>La richiesta di rimborso va presentata non oltre 1 anno dalla data dell'evento. Qualora tale termine stesse per scadere vi suggeriamo, per non perdere il diritto all'indennizzo, di inoltrare la documentazione a mezzo raccomandata a.r. Trascorso un anno, il diritto alla richiesta di rimborso si prescrive (art. 2952 Codice Civile).</p> <p>Il presente modulo, unitamente al Modello Privacy, deve essere restituito compilato e sottoscritto alla Taverna PreviAss S.r.l. - Ufficio dedicato VV.F. - Piazza della Vittoria 9 - 16121 Genova - Tel. 010.5725.1</p>	
Data _____	Firma _____
<p><i>Allegato Modello Privacy (d. lgs. 30/06/2003 n. 196) da compilare e sottoscrivere da parte del titolare o del componente il nucleo familiare che presenta la denuncia di sinistro (o dal genitore in caso di minore).</i></p> <p><i>La pratica di sinistro non può essere istruita in assenza del Modello Privacy compilato e sottoscritto.</i></p>	

Ricovero senza intervento

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day Hospital, senza effettuazione di intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di **€ 92,00**.

La diaria viene erogata per un massimo di **60** giorni per ogni sinistro.

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto non cesareo.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di **€ 2.582,28** per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di **€ 104,00** al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Alta specializzazione

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraricovero:

- Chemioterapia
- Radioterapia e radiochirurgia a scopo non fisioterapico
- Elettroencefalografia
- Risonanza Magnetica Nucleare anche con liquido di contrasto
- Scintigrafia
- Ecocardiografia color Doppler (anche transesofagea)
- Tomografia Assiale Computerizzata senza e con mezzo di contrasto
- Mineralometria ossea computerizzata
- Ricerche genetiche per malformazioni:
 - amniocentesi
 - prelievo dei villi coriali
- Elettrocardiogramma
- Ecografia prostatica transrettale
- Ecografia transvaginale
- Ecografia vascolare color Doppler dei vasi epiaortici
- Ecografia della tiroide anche color Doppler
- Ecografia dell'apparato locomotore arti superiori ed inferiori anche color Doppler
- Ecografia addome superiore ed inferiore anche color Doppler

Nel solo caso di utilizzo di strutture convenzionate rientrano in garanzia anche le visite specialistiche associate ai relativi esami diagnostici per immagini previsti nella garanzia alta specializzazione.

Nell'ambito della diagnostica per immagini sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, ago-biopsia, Pap test e relativi esami citodiagnostici).

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza di **€ 6.664,57** per persona e per anno assicurativo.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate

con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile pari a **€ 25,00** per ogni accertamento diagnostico od ogni ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

La garanzia di cui al presente articolo è operante in presenza di prescrizione medica contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Malattie oncologiche

Nel caso in cui all'Assicurato, durante la validità del contratto, venga diagnosticata una neoplasia maligna a carico di un qualunque organo, ivi comprese il mesotelioma o altre neoplasie maligne derivanti dall'attività professionale, la Società riconosce un massimale di **€ 15.420,00** per persona e per anno assicurativo, per spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia e delle sequele tutte nonché le prestazioni di medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di **€ 2.582,28** per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di **€ 104,00** al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Malattie cardiovascolari

In caso di malattia cardiaca comportante:

- ischemia del miocardio in tutte le sue varianti anatomiche e fisiopatologiche
- by pass aorto coronarico
- angioplastica coronarica percutanea senza o con apposizione di stent anche medicati
- tromboendarterectomia carotidea
- chirurgia cardiaca valvolare a cuore aperto o per via percutanea
- chirurgia vascolare dell'aorta toracica, aorta addominale ed arterie iliache a cielo aperto o per via percutanea, anche con apposizione di stent medicati o endoprotesi vascolari

viene assicurato un massimale per persona e per anno di

€ 15.420,00 per spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia cardiovascolare.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 104,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

Trasporto

Nel caso di ricovero dovuto a "Grande intervento", "Malattia oncologica", "Malattia cardiovascolare", la Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura in ambulanza, con unità di terapia intensiva mobile, con aereo di linea, aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei e del bacino del mediterraneo), elisoccorso, treno, vagone letto, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 3.500,00 per ricovero.

Nell'ambito del massimale indicato rientrano in garanzia le spese di viaggio documentate (treno o aereo di linea) sostenute da un eventuale accompagnatore.

Garanzie accessorie

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di Newmed S.p.A. telefonando al numero verde 800 – 845.525 dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 19,30 ed il sabato dalle 8,00 alle 12,00.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 39 02 7526181.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanita-

rie convenzionate con la Società.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

Delimitazione dell'assicurazione

Sono escluse dal rimborso le spese per:

limitatamente agli assicurati già in quiescenza alla data del 31.01.2004 le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici insorti anteriormente alla data di adesione al presente contratto;

la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;

la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;

il rimborso delle spese relative ad infortuni derivanti da sports aerei, dalla partecipazione a corse, gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);

gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza e negligenza anche grave dell'assicurato stesso.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio, e salvo quanto previsto all'articolo "Malattie oncologiche");

le cure dentarie e delle paradontopatie, nonchè le visite e gli esami diagnostici di natura odontoiatrica, e le protesi dentarie;

le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici (salvo quanto previsto agli articoli "Malattie cardiovascolari", "Malattie oncologiche") di ortodonzia o terapeutici;

le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici salvo che si tratti di interventi legati all'attività di servizio.

DENUNCIA DELL'INFORTUNIO O DELLA MALATTIA

Norme comuni per il Personale del CNVVF e per le adesioni facoltative

(familiari, personale dipendente dell'Amministrazione, personale in quiescenza)

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Newmed S.p.A. al numero verde gratuito **800 – 845.525** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 39 02 7526181) e specificare la prestazione richiesta.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato al successivo articolo "Sinistri in strutture convenzionate con la Società."

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate all'articolo "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società."

Criteria di liquidazione

Si precisa che nel caso di uno o più sinistri dipendenti dallo stesso evento (malattia o infortunio) che interessi più prestazioni, la Società rimborserà l'importo massimo, per persona e per anno, indicato nelle singole garanzie salvo l'applicazione di eventuali scoperti e franchigie in esse previste.

Liquidazione della garanzia Indennità di Ricovero Ospedaliero

Per ottenere la corresponsione dell'indennità giornaliera prevista in polizza, nonché il rimborso delle spese sostenute nei **45** giorni precedenti e successivi il ricovero con intervento chirurgico e l'Assicurato deve inviare direttamente alla **Taverna PreviAss S.r.l.** il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale e di ogni altra documentazione sanitaria utile alla liquidazione del sinistro.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

La Società effettua il pagamento dell'indennità direttamente all'Assicurato entro **25** giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della documentazione sanitaria, *semprechè tale documentazione risulti esaustiva* ai fini liquidativi.

L'indennità verrà corrisposta in Italia in valuta italiana.

Sinistri in strutture convenzionate con la Società

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzio-

nata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa (fatture e ricevute) a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità previste al successivo punto "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

In mancanza di struttura convenzionata in prossimità della dimora dell'assicurato, previa autorizzazione della Centrale operativa, tutte le spese verranno liquidate con le modalità previste al successivo punto "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società", senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'assicurato.

Sinistri in strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla **Taverna PreviAss S.r.l.** il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata. Qualora l'Assicurato

debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un Ente assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente assistenziale o dal Servizio Sanitario Nazionale. Ovviamente dal rimborso verrà detratto quanto riconosciuto dai suddetti enti.

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro **25** giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, *sempreché tale documentazione risulti esaustiva* ai fini liquidativi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle

quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Sinistri nel servizio sanitario nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assicurato vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente punto "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro **25** giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, *sempreché tale documentazione risulti esaustiva* ai fini liquidativi.

Il rimborso verrà corrisposto in Italia in valuta italiana.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**NEUROCHIRURGIA**

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o trans-orale
- 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 per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Interventi di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (int. 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 a. carotide e della a. vertebrale
- Decompressione della a. 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
- Interventi per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (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 laprotomica
- 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 prostetectomia 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
- Vulvectomia 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

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

Elenco centri specializzati per la cura delle ustioni

	Località	Struttura
1	Bari	Policlinico Consorziale
2	Brindisi	Azienda Ospedaliera A Di Summa
3	Catania	Azienda Ospedaliera “Cannizzaro”
4	Cesena	Ospedale Bufalini
5	Firenze	Azienda Ospedaliera Anna Mayer
6	Genova	Azienda Ospedaliera S. Martino
7	Genova	Azienda Ospedaliera “Villa Scassi”
8	Milano	Ospedale Ca’ Granda Niguarda
9	Napoli	Azienda Ospedaliera Cardarelli
10	Padova	Azienda Ospedaliera di Padova
11	Palermo	A.R.N. Civico di Cristina e M Ascoli
12	Parma	Azienda Ospedaliera di Parma
13	Pisa	Azienda Ospedaliera Pisana
14	Roma	Ospedale S. Eugenio
15	Sassari	Ospedale S. Annunziata
16	Torino	CTO - CRF Maria Adelaide
17	Udine	A.O.S. Maria della Misericordia
18	Verona	Azienda Ospedaliera di Verona
19	Cagliari	Ospedale Santissima Trinità