



Rimborso Spese Mediche

Divisione Employee Benefits
Annualità 2017



Durata dell'assicurazione

Il contratto è di durata annuale.

Assicurati

L'assicurazione si intende valida a favore di tutti i soggetti residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano ed in possesso del codice fiscale.

Persone non assicurabili

Non possono aderire alla copertura le persone di età superiore ai 70 anni. Per gli assistiti già in copertura al raggiungimento del 70° anno di età la polizza potrà essere rinnovata fino al termine dell'annualità assicurativa in cui l'assistito raggiunge l'80° anno di età. In caso di disdetta della polizza dopo il 70° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV. Nel corso di manifestazione di una di queste malattie nel corso di validità della polizza, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'art. 1898 del Codice Civile. E' prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

Esclusioni

L'assicurazione non sarà operante nei seguenti casi:

- 1) infortuni conseguenti a:
 - a. azioni commesse dall'Assicurato stesso con dolo o colpa grave; autolesionismo o suicidio, tentato o consumato; atti di pura temerarietà;
 - b. uso di aeromobili in genere ad eccezione di quelli abilitati al trasporto pubblico di linea, di apparecchi per il volo a diporto o sportivo (quali ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendii, ecc) e sport aerei in genere;
 - c. pratica, a qualunque titolo, di sport motoristici (quali automobilismo, motociclismo e motonautica) ovvero gli sport che prevedano la partecipazione dell'Assicurato a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- 2) malattie mentali o del sistema nervoso, le psicopatie in genere, le malattie nevrotiche, incluse le sindromi ansiose o depressive, disturbi schizofrenici, paranoidi, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), sindromi e disturbi mentali organici;
- 3) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le patologie correlate alla infezione da HIV;
- 4) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo e ortodontico, nonché quelle del periodonto escluse in ogni caso le protesi dentarie, salvo quanto previsto nel Piano se attivato il Pacchetto Opzionale Rimborso spese odontoiatriche;
- 5) cure e pratiche fitoterapiche, idropiniche e termali in genere, salvo quanto espressamente previsto nel Modulo Rimborso fisioterapia se attivato;
- 6) i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di terapie di medicina alternativa o complementare o di medicina non ufficiale;
- 7) prestazioni, applicazioni, cure e interventi aventi finalità estetiche; interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, salvo quelli resi necessari da infortunio o malattia tumorale effettuati nei 360 giorni successivi all'intervento chirurgico demolitivo;
- 8) cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio miopia, astigmatismo, presbiopia, ipermetropia);
- 9) interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- 10) aborto volontario non terapeutico;
- 11) fecondazione assistita e artificiale, nonché prestazioni per la diagnosi e la cura della sterilità, infertilità e dell'impotenza;
- 12) ricoveri senza intervento chirurgico avvenuti al fine di effettuare visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;

- 13) ricoveri per lungodegenza quando le degenze e i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; degenze in case di riposo, di convalescenza o di soggiorno; ricoveri in istituti o reparti specializzati per le cure geriatriche o terapie di lungodegenza;
- 14) i disturbi alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria da questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
- 15) conseguenze di abuso alcolici, farmaci, psicofarmaci e uso di sostanze stupefacenti e allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- 16) tutti i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia e infortunio;
- 17) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale

Oggetto dell'assicurazione

La Società assicura il pagamento diretto o il rimborso delle spese sostenute dall'Assistito durante l'operatività del presente contratto e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio. Tali spese sono riconosciute fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate in caso di:

GARANZIE BASE (pacchetto obbligatorio)

A) DIARIA DA RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL E PARTO

La garanzia prevede la liquidazione dell'indennità giornaliera di € 100,00 per ogni giorno di ricovero in Istituto di cura (SSN o privata) per un massimo di 60 giorni consecutivi.

Il giorno di ricovero e quello di dimissione sono considerati agli effetti della liquidazione come giorno unico.

Tale garanzia è prestata anche in caso di Day Hospital e parto cesareo o naturale.

E' necessario trasmettere copia della cartella clinica.

B) OCCHIALI E LENTI

La garanzia prevede il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di lenti correttive di occhiali o contatto (anche usa e getta), inclusa la montatura fino al limite di € 100,00 per anno.

E' necessaria la prescrizione di un medico specialista.

GARANZIE AGGIUNTIVE (pacchetti opzionali, acquistabili solamente in aggiunta al pacchetto base sopra)

Le garanzie sottostanti sono prestate esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture convenzionate con la rete Onenet.

A) PACCHETTO CURE DENTARIE

La Società provvede al pagamento diretto del pacchetto di prestazioni odontoiatriche sotto indicate fruibile una volta l'anno presso le strutture Sanitarie Convenzionate Onenet:

- 2 visite;
- 2 ablazioni;
- 2 otturazioni;
- 2 devitalizzazioni

Qualora a seguito dell'erogazione di almeno una delle prestazioni sopra citate, il dentista convenzionato Onenet ritenga necessario effettuare ulteriori prestazioni non previste nell'elenco di cui sopra, la Società provvede al pagamento diretto del 70% fino ad un max di € 1.500 del piano di cure documentato da radiografia. L'importo eccedente dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata Onenet.

B) PACCHETTO CURE FISIOTERAPICHE

La Società provvede al pagamento diretto di n. 10 sedute di fisioterapia effettuate presso le Strutture Convenzionate Onenet. Nella garanzia sono compresi anche l'osteopata, il chiropratico e l'agopuntura.

Per l'attivazione della garanzia è necessario inviare copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione.

In caso di infortunio avvenuto dopo l'acquisto del pacchetto, la Società provvede al pagamento diretto alla struttura di ulteriori sedute fino ad un max di € 1.000,00 per anno; è necessario presentare referto del pronto soccorso o di altra analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso.

Reti Convenzionate:

Rete Onenet

La Società in collaborazione con Onenet si avvale di una rete convenzionata di:

- **Studi odontoiatrici** dove gli Assicurati possono usufruire delle prestazioni previste dalla garanzia di cui "Cure dentarie" secondo le modalità illustrate nella Procedura Operativa (Allegato 2) che forma parte integrante del presente contratto;
- **Centri di fisioterapia** dove gli Assicurati possono usufruire delle prestazioni previste dalla garanzia di cui "Cure fisioterapiche" secondo le modalità illustrate nella Procedura Operativa (Allegato 2) che forma parte integrante del presente contratto.

L'elenco delle Strutture Mediche Convenzionate con la Centrale Operativa può essere soggetto a variazioni in conseguenza dell'entrata o dell'uscita di alcune strutture dalle convenzioni. Per conoscere l'elenco aggiornato l'Assicurato potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa o visualizzare l'allegato relativo.

Determinazione dell'annualità assicurativa di competenza

L'individuazione dell'annualità assicurativa di competenza di un sinistro avviene con il seguente criterio:

- a) in caso di corresponsione della diaria da ricovero, la data del sinistro coincide con quella dell'entrata dell'Assicurato nella struttura ospedaliera.
- b) per le garanzie fuori ricovero la data del sinistro corrisponde alla data di documentazione della spesa.

Termini di prescrizione

Ai sensi dell'Art. 2952, secondo comma, del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Criteri di liquidazione

Forma indiretta – Rimborso all'Assicurato

La Società effettua il rimborso delle spese a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione delle fotocopie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno effettuati in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali. Per la corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, previa presentazione della cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera. Per il rimborso delle spese per lenti ed occhiali occorre la prescrizione di un medico specialista.

La documentazione deve essere intestata all'assicurato e il rimborso avviene in favore dell'Assicurato.

Forma diretta – Pagamento in Strutture Convenzionate

Nella forma diretta la Compagnia tiene a proprio carico il pagamento di prestazioni mediche a condizione che l'assicurato si avvalga di Strutture Convenzionate e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno 72 ore. Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza. Restano a carico dell'Assicurato eventuali scoperti previsti dalla polizza.

Per usufruire del pagamento diretto delle spese senza pertanto anticipare alcuna somma, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare Onenet (in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00 esclusi i festivi) telefonando

dall'Italia al numero 800.864.568
dall'estero al numero +39 02.87232379

fornendo i seguenti dati:

- numero di polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato;
- studio odontoiatrico o centro medico selezionato con relativo Comune e Provincia;
- data e orario dell'appuntamento.

Onenet provvederà a confermare allo Studio medico la presa in carico della pratica.

La Centrale Operativa, ottenute le informazioni necessarie per la verifica del diritto alla prestazione, provvede all'individuazione della Struttura Medica Convenzionata in accordo con l'Assicurato ed alla conferma allo stesso dell'avvenuta prenotazione della prestazione nonché dell'operatività del pagamento diretto.

La Centrale Operativa Medica in seguito pagherà direttamente alla Struttura Medica Convenzionata le spese garantite a termini di contratto in luogo dell'Assicurato, fatto salvo l'eventuale scoperto che resterà a carico dell'Assicurato stesso.

Resta inteso che il pagamento diretto non sarà comunque possibile quando non sia stato confermato il pagamento diretto dalla Centrale Operativa.

ALLEGATO 1 - PREMI

PREMI ANNUI LORDI

1) Opzione base: pacchetto obbligatorio

Prestazione	Massimale annuo	Premio annuo lordo
Diaria da ricovero Day hospital, parto	€ 100 a notte, massimo 60 g.g.	€ 350
Occhiali (lenti e montature)	€ 100	

2) Opzione aggiuntiva: Cure Dentarie (garanzia prestata solo in caso di utilizzo di strutture convenzionate)

Prestazione	Massimale annuo	Premio annuo lordo
2 Visite 2 Ablazioni 2 Otturazioni 2 Devitalizzazioni		€ 275
piano di cure con radiografia*	70 % fino ad un max € 1.500	

3) Opzione aggiuntiva: Fisioterapia (garanzia prestata solo in caso di utilizzo di strutture convenzionate)

Prestazione	Massimale annuo	Premio annuo lordo
Trattamenti fisioterapici (compresa osteopatia, chiropratica e agopuntura)	10 sedute	€ 150
trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio**	€ 1.000	

Le opzioni aggiuntive - Dentarie e Fisioterapia – possono essere acquistate separatamente o insieme solo se è stata attivata l'opzione base.

**la prestazione viene autorizzata dalla Centrale Operativa solo se il piano di cure si rende necessario a seguito dell'effettuazione di almeno una delle prestazioni indicate nel pacchetto acquistato.*

*** la prestazione viene autorizzata dalla Centrale Operativa solo se si sono esaurite le prime 10 sedute disponibili ed a seguito di infortunio accaduto dopo la data di acquisto*

**ALLEGATO 2 - FORMA DIRETTA
COME ACCEDERE ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE
Cure Dentarie**

FASE 1	<p>Prenotare la prestazione presso una delle strutture convenzionate della rete Onenet.</p> <p>Contattare con un preavviso di 72 ore la Centrale Operativa per ricevere l'autorizzazione ad effettuare le prestazioni con pagamento diretto al numero 800.864.568.</p> <p>Fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none">- cognome e nome;- recapito telefonico;- data della prestazione;- struttura convenzionata prescelta;
FASE 2	<p>La Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none">- effettua i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa;- inoltra copia dell'autorizzazione tramite e-mail o codice di autorizzazione tramite SMS specificando eventuali quote a carico dell'assicurato
FASE 3	<p>Al momento della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none">- esibire copia dell'autorizzazione ricevuta tramite e-mail o SMS;- saldare alla struttura l'eventuale quota rimasta a carico

**ALLEGATO 2 - FORMA DIRETTA
COME ACCEDERE ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE
Cure Fisioterapiche**

FASE 1	Il medico di base o lo specialista prescrive la prestazione da effettuare
FASE 2	<p>Prenotare la prestazione presso una delle strutture convenzionate della rete Onenet.</p> <p>Contattare con un preavviso di 72 ore la Centrale Operativa per ricevere l'autorizzazione ad effettuare le prestazioni con pagamento diretto ai numeri 800.864.568.</p> <p>Fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none">- cognome e nome;- recapito telefonico;- data della prestazione;- struttura convenzionata prescelta;- dati della prescrizione medica (eventuale referto del pronto soccorso in caso di infortunio)
FASE 3	<p>La Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none">- effettua i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa;- inoltra copia dell'autorizzazione tramite e-mail o codice di autorizzazione tramite SMS specificando eventuali quote a carico dell'assicurato
FASE 4	<p>Al momento della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none">- esibire copia dell'autorizzazione ricevuta tramite e-mail o SMS;- consegnare la prescrizione medica

**ALLEGATO 3 - FORMA INDIRECTA
COSA FARE PER OTTENERE L'INDENNIZZO
Diaria da Ricovero**

FASE 1	<p>Effettuare l'upload della cartella clinica direttamente sul portale One Care accedendo alla propria Area riservata.</p> <p>In alternativa è possibile inviare via posta la documentazione sopra citata unitamente al modulo di richiesta di rimborso al seguente indirizzo:</p> <p><i>AON HEWITT RISK & CONSULTING Srl</i> Servizio Liquidazione Sinistri Via Andrea Ponti, 8/10 20143 Milano</p>
---------------	--

**ALLEGATO 3 - FORMA INDIRECTA
COSA FARE PER OTTENERE IL RIMBORSO
Lenti**

FASE 1	Rilascio della prescrizione medica da parte del medico curante o specialista
FASE 2	<p>Effettuare l'upload della prescrizione medica e della relativa fattura direttamente sul portale One Care accedendo alla propria Area riservata.</p> <p>In alternativa è possibile inviare via posta la documentazione sopra citata, unitamente al modulo di richiesta di rimborso al seguente indirizzo:</p> <p><i>AON HEWITT RISK & CONSULTING Srl</i> Servizio Liquidazione Sinistri Via Andrea Ponti, 8/10 20143 Milano</p> <p>In alternativa è possibile effettuare l'upload delle pratiche direttamente sul portale Aon Care accedendo alla propria Area riservata</p>

Aon S.p.A. Insurance & Reinsurance Brokers
Via Andrea Ponti, 8/10
20143 Milano
Italia

Tel: 02 45434.1
Fax: 02 45434.801
www.aon.it

Pubblicato da Aon S.p.A.

Tutti i diritti sono riservati.

Nessuna parte di questo elaborato può essere riprodotto o
trasmesso con qualsiasi mezzo senza un permesso scritto da
parte di Aon S.p.A.

The Aon logo is displayed in a bold, white, sans-serif font. The letter 'A' is stylized with a horizontal bar that extends to the right, overlapping the 'o'. The 'o' and 'n' are also in a bold, sans-serif font.