



NORME E TARIFFE

PROFILO USPI

SEZIONE I - DISPOSIZIONI GENERALI	3
MODALITÀ DI RIMBORSO	4
MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO	4
TEMPI DI PRESENTAZIONE	5
ESTENSIONE TERRITORIALE.....	5
CONTROLLI SANITARI	6
SEZIONE II – LE PRESTAZIONI RIMBORSATE	7
ACCERTAMENTI CLINICI.....	8
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.....	8
CURE ODONTOIATRICHE	8
CURE ONCOLOGICHE E ALTRE TERAPIE.....	9
LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA	9
LTC (Long Term Care) - Assistenza ai non autosufficienti	9
PACCHETTO MATERNITA’	11
PACCHETTO PREVENZIONE	11
RICOVERI.....	11
TERAPIE FISICHE E RIABILITATIVE.....	12
VISITE SPECIALISTICHE.....	13
ESCLUSIONI.....	14
SEZIONE III - I SERVIZI: ASSISTENZA IN EMERGENZA.....	15
COME ATTIVARE IL SERVIZIO.....	16
COPERTURA ASSICURATIVA OFFERTA.....	16
LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI	16
ASSISTENZA MEDICA D’URGENZA IN ITALIA	18
ASSISTENZA SANITARIA D’URGENZA ALL’ESTERO.....	19
IL GLOSSARIO.....	21
AVVERTENZA	23
RECLAMI	23
MODALITÀ DI ACCESSO ALLA CENTRALE OPERATIVA.....	24
ALTRE ASSICURAZIONI.....	24

SEZIONE I - DISPOSIZIONI GENERALI

MODALITÀ DI RIMBORSO

Per ottenere il concorso della Cassa l'Assistito dovrà presentare la documentazione indicata nel presente documento.

La Cassa effettua il pagamento direttamente al Titolare, anche per le spese che riguardano altri componenti del suo nucleo familiare.

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO

Per ottenere la liquidazione delle prestazioni, l'Assistito deve compilare l'apposito modulo "richiesta concorso spese" allegando tutti gli originali di spesa e tutta la relativa documentazione sanitaria prevista per le singole prestazioni. Il tutto deve pervenire, entro i termini di presentazione qui di seguito indicati, alla Direzione generale anche tramite la Consulta territorialmente competente.

Qualora la documentazione sanitaria o quella comprovante le spese sostenute debbano essere prodotte per ottenere un contributo erogato dal Servizio sanitario nazionale (S.S.N.) sarà possibile presentare alla Cassa la documentazione in fotocopia.

Tutti gli originali di spesa e tutta la documentazione sanitaria devono **consentire l'identificazione** delle generalità dell'assistito, delle prestazioni sanitarie di cui ha usufruito e della data in cui le stesse sono state effettuate.

La richiesta di rimborso:

- **non corredata della documentazione necessaria non potrà dar luogo alla liquidazione della prestazione interessata.** La CASAGIT inoltrerà specifica "richiesta di integrazione dei documenti mancanti" che l'associato dovrà inviare nel termine di decadenza di 60 giorni dalla data della richiesta. L'inutile decorso del termine comporta la definitiva decadenza del diritto alla liquidazione della prestazione interessata
- in cui sia presente documentazione non conforme non potrà dar luogo alla liquidazione della prestazione interessata. Sono casi di documentazione non conforme:
- documentazione sanitaria non direttamente riferibile all'assistito (non sono esplicitate le sue generalità all'interno dei documenti in oggetto)
- senza indicazione delle prestazioni sanitarie effettuate
- senza indicazione della data in cui le prestazioni sono state effettuate
- **documentazione fiscale** non conforme alle disposizioni tributarie o non direttamente riferibile all'assistito

La **documentazione originale** di spesa, indispensabile per accedere al rimborso, **non verrà restituita. Non sarà**, inoltre, **possibile rilasciare fotocopie** della documentazione di spesa inoltrata. Per eventuali necessità in tal senso, si suggerisce di rivolgersi direttamente ai medici o alle Strutture che hanno emesso la documentazione.

Si consiglia di effettuare sempre fotocopie dei documenti originali, conservando le stesse per eventuali utilizzi, con particolare riferimento a quelli fiscali.

La CASAGIT conserverà agli atti i documenti originali di spesa ricevuti per i tempi prescritti dalla legge.

La CASAGIT restituirà, al Titolare, l'originale o le fotocopie dei documenti solo se dovesse averne necessità perché richiesti dagli Uffici Finanziari in sede di accertamento della dichiarazione dei redditi.

TEMPI DI PRESENTAZIONE

Per ottenere il rimborso delle spese sanitarie sostenute, tutta la documentazione necessaria (di cui al paragrafo precedente) deve pervenire alla Direzione Generale, entro la fine del trimestre successivo a quello in cui cade la data del giustificativo di spesa, secondo il seguente schema:

TRIMESTRE SOLARE	DATA DEL GIUSTIFICATIVO DI SPESA	ENTRO E NON OLTRE
1°	gennaio - febbraio - marzo	30/06
2°	aprile - maggio - giugno	30/09
3°	luglio - agosto - settembre	31/12
4°	ottobre – novembre - dicembre	31/03

La presentazione fuori termine comporta la decadenza al diritto di rimborso per le spese sanitarie interessate.

In caso di altra assicurazione/ente

Se l'Assistito si avvale anche di altro ente/assicurazione, si consiglia di inviare la richiesta prima all'altro ente/assicurazione e dopo aver ricevuto il rimborso di inviare una copia della documentazione sanitaria e la distinta di liquidazione attestante il rimborso ottenuto. La Cassa interverrà per la parte rimasta a carico, sempre entro i limiti del tariffario in vigore. I termini fissati per il diritto al rimborso decorreranno dalla data della distinta dell'ente/assicurazione.

Nel caso in cui l'Assistito presenti la richiesta di rimborso prima alla CASAGIT e richieda la restituzione dei documenti in originale, dovrà dimostrare di essere assistito da altro ente/assicurazione.

ESTENSIONE TERRITORIALE

Qualora non diversamente indicato nelle singole prestazioni o servizi, l'assistenza sanitaria è valida in tutto il mondo.

In caso di cure eseguite in Paesi orientali e/o Arabi è necessario che le fatture siano debitamente compilate e ufficialmente tradotte (ciò è comunque opportuno anche per le cure in altri Paesi), ad evitare che risultino mancanti o incomprensibili gli elementi necessari ad una corretta valutazione, da parte degli uffici della Cassa, dei rimborsi di competenza.

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 dall'Assistito, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

CONTROLLI SANITARI

La CASAGIT si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione o di verificare, anche attraverso sanitari di propria fiducia, lo stato di malattia degli assistiti nonché la congruità e la pertinenza delle spese per le quali viene chiesto il concorso e di limitare l'intervento a quelle ritenute giustificate. Il rifiuto dell'assistito a sottoporsi ai controlli richiesti determina la perdita del diritto alla prestazione.

SEZIONE II – LE PRESTAZIONI RIMBORSATE

ACCERTAMENTI CLINICI

Il rimborso delle spese sostenute viene effettuato in base al tariffario, entro il limite del **massimale** previsto di € 100,00 annui.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dalla data di iscrizione.

Per ottenere il concorso della Cassa l'Assistito deve presentare:

- la fattura con l'indicazione del ticket pagato, per gli accertamenti effettuati in strutture convenzionate con il Servizio sanitario nazionale (Ssn)
- la prescrizione medica e la fattura con l'indicazione del costo di ciascun accertamento, per gli accertamenti effettuati privatamente.

La Cassa si riserva di chiedere in visione i referti relativi agli accertamenti effettuati.

L'intervento della Cassa non è previsto per i check-up.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il rimborso delle spese sostenute viene effettuato in base al tariffario, entro il limite del **massimale** previsto di € 1.600,00 annui.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dalla data di iscrizione.

Per ottenere il concorso della Cassa l'Assistito deve presentare:

- per gli accertamenti effettuati in strutture convenzionate con il S.S.N. la fattura con l'indicazione della quota ticket pagata
- per gli accertamenti effettuati privatamente la prescrizione medica e la fattura con l'indicazione del costo di ciascun accertamento

La Cassa si riserva di chiedere in visione i referti relativi agli accertamenti effettuati.

L'intervento della Cassa non è previsto per i check-up.

CURE ODONTOIATRICHE

La Cassa prevede un concorso nelle spese sostenute:

- per trattamenti di igiene orale professionale
- chirurgia orale, prestazioni di igiene orale e di parodontologia, terapie conservative e radiologia
- protesi
- ortodonzia
- implantologia

Il rimborso delle spese sostenute viene effettuato in base al tariffario, entro il limite del **massimale** previsto di € 1.000,00 annui.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dalla data di iscrizione.

Per ottenere il concorso della Cassa l'Assistito deve presentare:

- scheda per le cure odontoiatriche
- documentazione obbligatoria indicata nel Tariffario
- fattura

CURE ONCOLOGICHE E ALTRE TERAPIE

La Cassa prevede un concorso nelle spese sostenute per:

- chemioterapia
- radioterapia
- altre terapie finalizzate alla cura di malattie oncologiche
- dialisi

fino alla concorrenza del **massimale** di € 2.000,00 annui.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dalla data di iscrizione

Per ottenere il concorso della Cassa l'Assistito deve presentare:

- fattura con indicazione del trattamento effettuato

LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA

La Cassa prevede un concorso nelle spese sostenute per l'acquisto della montatura, delle lenti e/o lenti a contatto, fino alla concorrenza del massimale di **€ 50,00 per anno**.

Il rimborso delle spese può essere effettuato cumulando il diritto al contributo maturato in un biennio o triennio. Allo scadere del terzo anno il massimale si intenderà ricalcolato su base annua e cumulabile nuovamente per il triennio successivo.

Per ottenere il concorso della Cassa l'Assistito deve presentare:

- prescrizione del medico oculista o dell'ottico optometrista con l'indicazione del difetto visivo
- fattura con l'indicazione della fornitura effettuata

LTC (Long Term Care) - Assistenza ai non autosufficienti

Il contributo, erogato per il tramite di una polizza collettiva stipulata da CASAGIT con Poste Vita SpA, è previsto, in caso di perdita di autosufficienza nel compiere atti di vita quotidiana per gli assistiti che si trovino, a seguito di malattia o infortunio, per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi e presumibilmente in modo permanente, ad aver bisogno dell'assistenza da parte di un'altra persona per essere aiutati nello svolgimento di almeno 3 su 6 delle attività elementari della vita quotidiana, oppure siano affetti da grave demenza invalidante comprovata dalla diagnosi di un neurologo e/o gerontologo con conseguente assoluta necessità di una costante e permanente assistenza da parte di una terza persona.

Le attività elementari della vita quotidiana (activities of daily living o ADL) sono definite come:

- lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);
- vestirsi, svestirsi: la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'assistito, per la parte superiore o inferiore del corpo;
- nutrirsi: la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
- andare in bagno: la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;
- muoversi: la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;
- spostarsi: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici.

Per poter accedere al contributo l'Assistito dovrà:

- avere un'età non superiore a 75 anni alla data del 01/01/2018
- aver bisogno dell'assistenza da parte di un'altra persona per essere aiutati nello svolgimento di almeno 3 su 6 delle attività elementari della vita quotidiana
- essere nelle condizioni di assicurabilità previste dalla polizza di Poste Vita SpA (di cui agli artt. 5 e 6 del "Condizioni di Assicurazione")
- aver preso visione del fascicolo informativo "Contratto di assicurazione collettiva di Rendita Vitalizia in caso di perdita di Autosufficienza nel compiere atti di vita quotidiana"

La documentazione per ottenere il riconoscimento dello stato di "non autosufficienza" è la seguente:

- questionari da richiedere a Poste Vita SpA
- documentazione clinica comprovante lo stato di "non autosufficienza" (cartelle cliniche, referti, accertamenti strumentali)

Tutta la documentazione dovrà essere inviata mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento a:

Poste Vita Spa - Ufficio Liquidazioni Vita
Viale Beethoven 11
00144 Roma

Al riconoscimento della LTC da parte di Poste Vita SpA, quest'ultima provvederà alla corresponsione di una rendita vitalizia posticipata mensile di 500,00 € a prescindere dalle eventuali successive variazioni del rapporto tra l'assistito e la CASAGIT.

PACCHETTO MATERNITA'

Il concorso della Cassa è previsto per le spese sostenute per le prestazioni inerenti la maternità:

- ecografie ostetriche e morfologiche
- analisi cliniche e indagini genetiche (analisi di laboratorio, amniocentesi, villocentesi, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio dello sviluppo del feto)

fino alla concorrenza del **massimale** di € 500,00 per evento

Per ottenere il concorso della Cassa l'Assistito deve presentare:

- fatture con indicazione esplicita di prestazione riconducibile alla gravidanza

PACCHETTO PREVENZIONE

Il concorso della Cassa è previsto per i seguenti pacchetti di prestazioni:

- dermatologico: visita specialistica e mappatura dei nei in epiluminescenza
- ginecologico: visita specialistica, ricerca papilloma virus (HPV), eventuale tipizzazione HPV (in caso di esito positivo rimborso del vaccino al 50% della spesa)
- oculistico: visita specialistica, misurazione acutezza visiva per lontano e vicino, tonometria, fondo dell'occhio, valutazione motilità oculare
- urologico: visita specialistica, PSA, PSA Free, ecografia transrettale

Le prestazioni possono essere fruite solo nella loro totalità, non essendo possibile, infatti, eseguire solo parte delle prestazioni previste dal pacchetto prescelto.

Il rimborso delle spese sostenute viene effettuato entro il limite del massimale annuo € 150,00 annui.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dalla data di iscrizione.

Per ottenere il concorso della Cassa l'Assistito deve presentare:

- fatture con indicazione esplicita delle singole prestazioni effettuate

RICOVERI

Il concorso della Cassa è previsto solo per i ricoveri resi necessari da malattia o infortunio.

Non è previsto per accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori a norma di legge, prestazioni effettuate esclusivamente con finalità di ordine estetico e per terapie o accertamenti clinici e diagnostici che possono essere effettuati anche ambulatorialmente.

Non è necessaria l'autorizzazione al ricovero da parte della CASAGIT, perché il ricovero è previsto solo in forma indiretta.

RIMBORSO FORFETARIO PER RICOVERO

Per ottenere il concorso della Cassa, a dimissione avvenuta, l'Assistito deve presentare la cartella clinica.

La Cassa riconosce un rimborso forfetario per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento), documentato da cartella clinica, con il **massimo di 30 giorni per evento e una franchigia di 2 giorni**. Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e uscita vengono considerati come una sola giornata.

Il rimborso forfetario giornaliero è pari a:

- € 70,00 in caso di ricovero con intervento chirurgico
- € 50,00 in caso di ricovero senza intervento chirurgico

Il ricovero per parto viene equiparato ai fini delle liquidazione a un ricovero con intervento chirurgico e non si applica la franchigia di 2 giorni.

RICOVERI PER INTERVENTI CHIRURGICI

Il concorso della Cassa in caso di ricovero per intervento chirurgico (anche in day surgery o ambulatoriale) è determinato in base all'*Elenco interventi chirurgici*.

Gli *interventi chirurgici* sono identificati e suddivisi in classi, a seconda della loro complessità, e sono elencati nell'*Elenco interventi chirurgici*; la Cassa rimborsa le spese sostenute dall'Assistito, corrispondendo un **indennizzo**, determinato in funzione del **massimale di rimborso giornaliero** e del **numero di giorni di ricovero** indennizzabili, singolarmente previsti per ciascun ricovero. Nella determinazione dei giorni di degenza, quelli di entrata e uscita vengono considerati come una sola giornata.

Il massimale di rimborso giornaliero è un importo forfetario omnicomprendivo delle spese sanitarie, delle procedure chirurgiche e relative alla degenza.

Nel caso in cui l'Assistito subisca un intervento chirurgico non specificamente indicato nell'Elenco interventi *chirurgici*, l'attribuzione dell'intervento sarà stabilita con criterio di equivalenza, secondo giudizio medico, con riferimento al più simile tra gli interventi elencati per tipo di patologia e di tecnica chirurgica.

Nel caso in cui, nel corso della stessa seduta operatoria, siano effettuati due o più interventi chirurgici, il rimborso sarà pari a quello della classe di intervento con l'importo più elevato.

Classe di intervento	Importo massimo giornaliero	Numero massimo di giornate
II	€ 650,00	3
I	€ 550,00	-

TERAPIE FISICHE E RIABILITATIVE

Il concorso della Cassa è previsto per le spese sostenute per trattamenti fisioterapici e rieducativi purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico e prescritte ed effettuate da medico specialista o da specialista diplomato, con diagnosi documentata ed accertata, esclusivamente a fini riabilitativi, fino alla concorrenza del **massimale** di € 1.000,00 annui.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dalla data di iscrizione.

Per ottenere il concorso della Cassa l'Assistito deve presentare:

- lettera di dimissione dal ricovero o cartella clinica o certificato di pronto soccorso pubblico
- prescrizione del medico corredata di diagnosi e relativo piano riabilitativo
- fattura nella quale devono essere indicati il numero e le date delle singole sedute effettuate

VISITE SPECIALISTICHE

Il concorso della Cassa è previsto per le spese sostenute per tutte le visite specialistiche, eccetto le seguenti: chiropratiche e osteopatiche, dietologiche, generiche, medico-legali, medico-sportive, odontoiatriche e ortodontiche, omeopatiche, psichiatriche, psicologiche

Il rimborso delle spese sostenute viene effettuato in base al tariffario, entro il limite del **massimale** previsto di € 300 annui.

Il massimale è calcolato su base annua con decorrenza dalla data di iscrizione.

Per ottenere il concorso della Cassa, l'Assistito deve presentare la fattura con l'indicazione della specializzazione del medico e del tipo di visita effettuata (ortopedica, oculistica ecc).

ESCLUSIONI

La liquidazione dei rimborsi regolarmente richiesti avverrà esclusivamente sulla base delle voci e con i criteri riportati nel presente documento e nel tariffario.

Il concorso della Cassa non è previsto, oltre che per quanto dettagliato all'interno delle singole voci di spesa, per:

- gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a norma di legge
- la cura di patologie psichiatriche e disturbi psichici
- il trattamento delle malattie e i ricoveri determinati da alcolismo, tossicodipendenze, nonché dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci
- le prestazioni mediche aventi esclusivamente finalità di ordine estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva e/o funzionale resi necessari da neoplasia maligna o da infortunio, comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico), dimagranti e fitoterapiche
- gli infortuni derivanti da guida in stato di ebbrezza o ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute o tentate dall'Assistito
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti clinici e diagnostici e/o terapie che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale
- gli accertamenti per infertilità, sterilità, impotenza e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito, dopo essere divenuto non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi), nonché i ricoveri per lunga degenza

SEZIONE III - I SERVIZI: *ASSISTENZA IN EMERGENZA*

COME ATTIVARE IL SERVIZIO

Il servizio di Assistenza in Emergenza è attivo 365 giorni all'anno, 24 ore su 24, grazie ad un numero verde, dedicato ai soli iscritti CASAGIT. La Centrale Operativa ha sede a Roma.

In caso di bisogno l'Associato, o chi agisce in sua vece, dovrà contattare la Centrale Operativa al:

- numero verde dall'Italia 800 902 908
- numero fisso dall'estero: +39 06.42115.548

Se è impossibilitato a telefonare, può inviare un fax al numero 06.4818960.

Dovrà qualificarsi come "Assicurato/Assistito CASAGIT" e comunicare:

- tipo di intervento richiesto
- nome e cognome
- recapito telefonico
- Codice fiscale

La Centrale Operativa individua ed organizza:

- consulto medico telefonico
- reperimento e invio di un medico
- reperimento e invio del personale infermieristico
- trasporto sanitario anche per un accompagnatore
- rientro sanitario dall'estero
- reperimento di medicinali urgenti all'estero
- rientro anticipato da un viaggio all'estero per malattia o infortunio di un familiare

COPERTURA ASSICURATIVA OFFERTA

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la garanzia opera:

- mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore al giorno, 365 giorni all'anno
- con costi a carico della Società entro il limite di 3 (tre) sinistri per Assicurato/Assistito durante ciascun anno di validità della copertura, senza limite di numero di prestazioni e nell'ambito del medesimo sinistro
- entro il limite del massimale previsto per ciascun tipo di prestazione di assistenza

Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'Assicurato/Assistito sarà richiamato entro le successive 48 (quarantotto) ore.

LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:

- a) atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato/Assistito risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
- b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- c) sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
- d) dolo o colpa grave dell'Assicurato/Assistito, compreso il suicidio o tentato suicidio;
- e) abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;

- f) infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato/Assistito;
- g) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
- h) eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
- i) viaggi intrapresi dall'Assicurato/Assistito nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.

La Società non riconosce, quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società.

La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.

Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.

Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato/Assistito in mare, lago, montagna o deserto.

ASSISTENZA MEDICA D'URGENZA IN ITALIA

Consulto medico telefonico

La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato/Assistito per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa.

Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato/Assistito o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:
- reperimento dei mezzi di soccorso;
- reperimento di medici generici e specialisti;
- localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
- modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
- esistenza e reperibilità di farmaci.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato/Assistito in condizione di ottenere quanto necessario.

Invio di un medico o di un'ambulanza

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato/Assistito, la Centrale Operativa invierà un medico generico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la Società organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato/Assistito presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza grave la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

Trasferimento sanitario programmato

Previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico della Centrale Operativa e d'intesa con il medico curante dell'Assicurato/Assistito, la Centrale Operativa è a disposizione per organizzare il trasporto dell'Assicurato/Assistito con il mezzo ritenuto più idoneo qualora, a seguito di infortunio o malattia, sia necessario:

- il suo trasferimento presso l'istituto di cura dove deve essere ricoverato;
- il suo trasferimento dall'istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso;
- il suo rientro all'abitazione al momento della dimissione da un Istituto di cura.

La Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato/Assistito con costi a carico della Società e con i mezzi ritenuti più idonei a suo insindacabile giudizio, mediante:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di chilometraggio o altro mezzo di trasporto.

In base alle condizioni di salute dell'Assicurato/Assistito, la Centrale Operativa provvederà a fornire la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa possono essere curate sul posto;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assicurato/Assistito o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate.

Assistenza infermieristica

Qualora l'Assicurato/Assistito necessiti, nei 7 (sette) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato/Assistito al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per 2 (due) ore al giorno e per massimo 3 (tre) giorni per sinistro.

ASSISTENZA SANITARIA D'URGENZA ALL'ESTERO

Invio Medicinali Urgenti

Qualora l'Assicurato/Assistito necessiti, a seguito di infortunio o malattia, di medicinali regolarmente registrati in Italia, ma non reperibili sul luogo né sostituibili con medicinali locali ritenuti equivalenti dal servizio medico della Centrale Operativa, la stessa provvederà al loro reperimento e invio con il mezzo più rapido nel rispetto delle norme e delle tempistiche che regolano il trasporto dei medicinali.

Nel caso fosse necessario, la Centrale Operativa potrà inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il domicilio dell'Assicurato/Assistito (o altro luogo da questi indicato) il denaro, la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto.

Tale prestazione è assoggettata alle vigenti norme italiane e del paese in cui si trova l'Assicurato/Assistito.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della spedizione, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato/Assistito.

Trasferimento / Rimpatrio sanitario

Qualora il servizio medico della Centrale Operativa consigli, a seguito di infortunio o malattia improvvisa dell'Assicurato/Assistito, il trasporto sanitario dello stesso, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante sul posto, la Centrale Operativa organizzerà:

- il trasferimento sanitario presso una struttura medica adeguata più vicina;
- il rimpatrio sanitario nel paese di origine se le sue condizioni lo permettono e lo richiedono;
- la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Il trasporto sanitario sarà effettuato con i mezzi ritenuti più idonei ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa:

- aereo sanitario (entro il limite di euro 20.000,00 per sinistro);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;

- treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
- altro mezzo di trasporto.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa, possono essere curate sul posto;
- le infermità o lesioni che non precludano all'Assicurato/Assistito la continuazione del viaggio o del soggiorno;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assicurato/Assistito o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate.

La Società avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dell'Assicurato/Assistito.

Rientro anticipato

Qualora l'Assicurato/Assistito abbia necessità di rientrare al proprio domicilio in Italia prima della data programmata, a causa di ricovero con prognosi superiore a 5 giorni o decesso di un familiare (coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora), la Centrale Operativa fornirà un biglietto di viaggio di sola andata (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) entro il limite di euro 500,00 per sinistro.

L'Assicurato/Assistito dovrà fornire entro 15 (quindici) giorni dal sinistro il certificato attestante l'infortunio, la malattia improvvisa o il decesso del familiare così come il biglietto di viaggio non utilizzato.

Viaggio di un familiare in caso di ricovero

Qualora l'Assicurato/Assistito, in viaggio da solo o con minore, venga ricoverato con prognosi superiore a 5 (cinque) giorni, la Centrale Operativa fornirà un biglietto di sola andata (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere ad un familiare residente nel paese di origine di raggiungere l'Assicurato/Assistito ricoverato il prima possibile. Sono escluse dalla prestazione le spese di soggiorno del familiare.

Interprete a disposizione

Qualora l'Assicurato/Assistito venga ricoverato in un istituto di cura all'estero a seguito di infortunio o malattia improvvisa e abbia difficoltà linguistiche a comunicare con i medici, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete sul posto entro le successive 48 (quarantotto) ore.

La Società terrà a carico i costi dell'interprete per un massimo di 4 (quattro) ore lavorative per sinistro.

Qualora non sia possibile organizzare l'invio dell'interprete, la Centrale Operativa rimborserà, a seguito di presentazione dei relativi giustificativi di spesa, i costi sostenuti entro il limite di euro 500,00 per sinistro e per periodo di assicurazione.

IL GLOSSARIO

Assicurato/Assistito:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assistenza:	l'aiuto tempestivo fornito all'Assicurato/Assistito che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa della Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A.
Centrale Operativa:	la struttura organizzativa di Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A. – Via B. Alimena, n. 111– 00173 Roma – costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che, in virtù di preesistente convenzione con la Società, provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato/Assistito, a organizzare gli interventi sul posto e ad erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.
Domicilio:	il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato/Assistito ha stabilito la propria sede principale.
Day hospital:	la degenza non comportante pernottamento, ma documentata da cartella clinica, presso una struttura sanitaria autorizzata avente posti letto dedicati alla degenza

IMPORTANTE

L'accordo prevede solo il trasporto in emergenza presso un centro di primo soccorso.

Familiare:	la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato/Assistito (coniuge, figli, padre, madre, fratelli, sorelle, nonni, suoceri, generi, nuore, cognati, zii, cugini, nipoti) e da persone con lui stabilmente conviventi così come risultante dallo stato di famiglia.
------------	---

IMPORTANTE

1) Il Familiare iscritto nella posizione del Titolare CASAGIT può usufruire di tutte le prestazioni del servizio di Assistenza in Emergenza.

2) Il Familiare non iscritto nella posizione del Titolare CASAGIT comunque può contattare la Centrale Operativa nei casi contemplati (punto 7 "Rientro anticipato" e punto 8 "Viaggio di un familiare in caso di ricovero")

Inabilità temporanea (IT):	la temporanea incapacità fisica, totale o parziale, di attendere alle proprie occupazioni.
Infortunio:	causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza un'inabilità temporanea, un'invalidità permanente o la morte.
Istituto di cura:	l'istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital, poliambulatorio diagnostico e/o terapeutico, regolarmente autorizzati per diagnosi e cure. Non sono considerate strutture sanitarie per diagnosi e cure: gli stabilimenti termali, con finalità prevalentemente dietologiche, per il benessere della persona, riabilitative, per convalescenza, lungo degenza o soggiorni, le strutture per anziani.

IMPORTANTE

L'accordo prevede solo il trasporto in emergenza presso un centro di primo soccorso.

Italia: il territorio della Repubblica Italiana, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dovuta ad infortunio:

- a) improvvisa - la malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato/Assistito non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato/Assistito;
- b) preesistente - la malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione dell'assicurazione.

Nucleo familiare: l'insieme delle persone legate da vincolo coniugale, di parentela o di fatto con l'Assicurato/Assistito risultanti dallo Stato di Famiglia.

IMPORTANTE

- 1) Il Familiare iscritto nella posizione del Titolare CASAGIT può usufruire di tutte le prestazioni del servizio di Assistenza in Emergenza.
- 2) Il Familiare non iscritto nella posizione del Titolare CASAGIT comunque può contattare la Centrale Operativa nei casi contemplati (punto 7 "Rientro anticipato" e punto 8 "Viaggio di un familiare in caso di ricovero")

Paese di origine: si intende l'Italia.

Polizza: il documento che prova il contratto di assicurazione tra la CASAGIT e la Società.

Residenza: il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato/Assistito ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.

Ricovero/degenza: la permanenza in istituti di cura, regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che contempli almeno un pernottamento o la permanenza diurna in day hospital.

IMPORTANTE

L'accordo prevede solo il trasporto in emergenza presso un centro di primo soccorso.

AVVERTENZA

La gestione delle emergenze e dei servizi è affidata alla struttura organizzativa di Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A. – Via B. Alimena n.111 – 00173 Roma.

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste.

La richiesta dovrà essere effettuata il prima possibile, entro e non oltre i 3 (tre) giorni successivi all' "evento". L'inosservanza dei suddetti termini può compromettere il diritto alla prestazione. Qualora la persona, titolare dei diritti derivanti dal contratto, si trovi nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare l'"evento" alla Centrale Operativa entro i termini previsti, potrà farlo non appena ne sarà in grado e comunque entro i termini di legge (art. 2952 c.c. 28/10/2008 "Prescrizione in materia di Assicurazione").

Gli interventi di assistenza devono essere organizzati ed espressamente autorizzati dalla Centrale Operativa, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza.

La Società ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista in qualunque momento ed in ogni caso.

RECLAMI

Eventuali reclami devono essere preliminarmente inoltrati per iscritto (posta, fax ed e-mail)

Inter Partner Assistance S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Servizio Clienti
Via Bernardino Alimena 111 - 00173 Roma
fax 0039.06.48.15.811
Indirizzo e-mail: servizio.clienti@ip-assistance.com

La compagnia gestisce il reclamo dandovi riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento.

In conformità al disposto del Regolamento ISVAP n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi all'Istituto:

ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma
Fax 06.42133.745 – 06.42133.353

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento, nei seguenti casi:

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Società non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto). In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Non rientrano nella competenza dell'ISVAP i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo al sito internet: <http://ec.europa.eu/internalmarket/finservices-retail/finnet/indexen.htm>

Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l’Autorità Giudiziaria.

Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza generale per l’Italia si assume la responsabilità della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella Nota Informativa fornita a CASAGIT.

MODALITÀ DI ACCESSO ALLA CENTRALE OPERATIVA

Per la fornitura delle prestazioni la Società si impegna a mettere a disposizione degli Assisiti la Centrale Operativa della Inter Partner Assistenza Servizi S.p.a., in funzione 24 ore su 24, accessibile tramite il Numero Verde dedicato a chiamata gratuita 800.902.908 e la linea urbana +39 06.42115.548, fax 06.4818960.

LA COPERTURA HA TERMINE CON EFFETTO IMMEDIATO:

- in caso di cessazione della presente polizza;
- nel momento in cui cessa l’iscrizione dell’Assicurato/Assistito alla Cassa.

ALTRE ASSICURAZIONI

L’Assicurato/Assistito, a parziale deroga di quanto disposto dall’art. 1910 c.c. (17.09.2010 “Assicurazione presso diversi assicuratori”), è esonerato dalla preventiva comunicazione dell’esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro, l’Assicurato/Assistito deve tuttavia darne avviso per iscritto a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri a norma del terzo comma dell’art.1910 c.c. (17.09.2010 “Assicurazione presso diversi assicuratori”)