



**TOR VERGATA**  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

**POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE  
A FAVORE DEI E DELLE DIPENDENTI  
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"**

**Allianz** 



**DE BESI  
DI GIACOMO**

BROKER DI ASSICURAZIONI. DAL 1959.

Sede Legale: Lungotevere Flaminio 14, 00196 Roma - [dbg@pec.debesidigiacomo.it](mailto:dbg@pec.debesidigiacomo.it) - tel. +39.06.3608391 - Fax + 39.06.3612787



L'assicurazione è stipulata dall'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" a favore della totalità del personale contrattualizzato dell'Università stessa, vale a dire personale dirigente, personale tecnico, amministrativo e bibliotecario (di seguito per brevità anche "TAB"), collaboratori e collaboratrici esperti linguistici (di seguito per brevità anche "CEL"), a tempo indeterminato o determinato, altresì se comandato temporaneamente presso l'Ateneo da altre amministrazioni pubbliche, in servizio alla data della stipula del contratto di assicurazione.

Il relativo onere economico è assunto dall'Università.

La garanzia è operante per tutti gli assicurati e le assicurate indipendentemente dalle loro condizioni di salute, pertanto sono incluse nell'assicurazione le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula della polizza, nonché le malattie croniche e recidivanti.

Il contratto prevede due opzioni:

- POLIZZA BASE, stipulata in forma obbligatoria a favore del personale TAB, il cui costo - come risultante dalla procedura di gara esperita - è pari a 355,60 euro pro-capite a carico dell'Università;
- POLIZZA PREMIUM, facoltativa a favore di tutti i soggetti di seguito riportati, a carico del personale dipendente e del personale docente, ricercatore, assegnista o borsista che decida di aderire in via volontaria.

La copertura scelta può essere estesa, con premio a carico dell'interessato/a, previa compilazione dell'apposito modulo di adesione (Allegati 3 e 4), ai seguenti soggetti:

- A) coniuge o convivente more uxorio e figli, tutti risultanti dallo stato di famiglia, del personale contrattualizzato (dove si legge "more uxorio" si devono considerare sempre incluse le persone parte di unione civile ai sensi della L. 20 maggio 2016, n. 76, cd "Legge Cirinnà");
- B) coniuge o convivente more uxorio del personale contrattualizzato che, per motivi di lavoro, non sia convivente;
- C) figli del personale contrattualizzato non risultanti dallo stato di famiglia a seguito di trasferimento in altra residenza dovuto a separazione o divorzio dei genitori;

D) figli fiscalmente a carico del personale contrattualizzato (in misura totale o parziale), non risultanti dallo stato di famiglia a seguito di trasferimento in altra residenza dovuto a motivi di studio/stage/lavoro;

E) figli anche non fiscalmente a carico del personale contrattualizzato, fino ai 24 anni di età ex art. 12 comma 2 del TUIR, non risultanti dallo stato di famiglia a seguito di trasferimento in altra residenza dovuto a motivi di studio/stage/lavoro;

F) personale docente, ricercatore, assegnista e borsista in servizio e relativi familiari, alle condizioni descritte ai punti sopra citati A), B), C), D) ed E).

La tabella che segue dettaglia l'ammontare del premio relativo alle adesioni alla POLIZZA BASE e alla POLIZZA PREMIUM.

Assicurato	Tipo di polizza	Premio (Euro)	Costo sostenuto da
Personale TAB	BASE	355,60	Università
Coniuge o convivente more uxorio del personale TAB	BASE	+ 266,70	dipendente
Unico figlio (in famiglia monogenitoriale) del personale TAB	BASE	+ 266,70	dipendente
Nucleo familiare del personale TAB (tutti i familiari interamente o parzialmente a carico)	BASE	+ 533,40	dipendente
Ogni figlio non fiscalmente a carico del personale TAB	BASE	+ 266,70	dipendente
Personale docente, ricercatore, assegnista, borsista	BASE	355,60	personale
Coniuge o convivente more uxorio del personale docente, ricercatore, assegnista, borsista	BASE	+ 266,70	personale
Unico figlio (in famiglia monogenitoriale) del personale docente, ricercatore, assegnista, borsista	BASE	+ 266,70	personale



Assicurato	Tipo di polizza	Premi o (Euro)	Costo sostenuto da
Nucleo familiare del personale docente, ricercatore, assegnista, borsista (tutti i familiari interamente o parzialmente a carico)	BASE	+ 533,40	personale
Ogni figlio non fiscalmente a carico del personale docente, ricercatore, assegnista, borsista	BASE	+ 266,70	personale
Personale TAB	PREMIUM	622,30	355,60 Università 266,70 dipendente
Coniuge o convivente more uxorio del personale TAB	PREMIUM	+ 466,73	dipendente
Unico figlio (in famiglia monogenitoriale) del personale TAB	PREMIUM	+ 466,73	dipendente
Nucleo familiare del personale TAB (tutti i familiari interamente o parzialmente a carico)	PREMIUM	+ 933,45	dipendente
Ogni figlio non fiscalmente a carico del personale TAB	PREMIUM	+ 466,73	dipendente
Personale docente, ricercatore, assegnista, borsista	PREMIUM	622,30	personale
Coniuge o convivente more uxorio del personale docente, ricercatore, assegnista, borsista	PREMIUM	+ 466,73	personale
Unico figlio (in famiglia monogenitoriale) del personale docente, ricercatore, assegnista, borsista	PREMIUM	+ 466,73	personale
Nucleo familiare del personale docente, ricercatore, assegnista, borsista (tutti i familiari interamente o parzialmente a carico)	PREMIUM	+ 933,45	personale
Ogni figlio non fiscalmente a carico del personale docente, ricercatore, assegnista, borsista	PREMIUM	+ 466,73	personale

Il personale contrattualizzato o il personale docente /ricercatore/assegnista/borsista che intenda estendere ai familiari fiscalmente a carico e familiari non fiscalmente a carico la copertura assicurativa BASE potrà esercitare tale facoltà (con onere a proprio carico) entro il 28 febbraio 2023, e a ogni scadenza annuale, ferma l'efficacia della copertura assicurativa dalla data di effetto. Inoltre è facoltà del personale contrattualizzato o del personale docente/ricercatore /assegnista/borsista aderire all'opzione PREMIUM ed estenderla ai familiari fiscalmente a carico e familiari non fiscalmente a carico entro il 28 febbraio 2023 e a ogni scadenza annuale della polizza, ferma l'efficacia della copertura assicurativa dalla data di effetto. L'upgrade del personale contrattualizzato all'opzione PREMIUM e l'eventuale estensione ai familiari (con onere a proprio carico) sarà trattenuto mensilmente in busta paga dagli Uffici competenti, così come le adesioni del personale docente/ricercatore/ assegnista/borsista a entrambe le opzioni, con o senza familiari (con onere a proprio carico). Il personale contrattualizzato e il personale docente /ricercatore/assegnista/ borsista hanno la facoltà di inserire i familiari fiscalmente a carico e i familiari non fiscalmente a carico solo nella polizza prescelta in qualità di titolare. Qualora non si aderisca alla copertura PREMIUM per il primo anno, sarà possibile l'attivazione dello stesso piano solo dall'anno successivo. Chi ha aderito inizialmente alla polizza PREMIUM ha la facoltà, a ogni scadenza annuale, di passare alla polizza BASE; tale passaggio precluderà la possibilità di rientrare nella copertura PREMIUM fino alla scadenza naturale del contratto. Si precisa che il passaggio del dipendente titolare implica anche il passaggio degli eventuali familiari inseriti. A titolo di esempio, se durante la prima annualità il personale contrattualizzato o il personale docente/ricercatore/ assegnista/borsista ha aderito al piano sanitario PREMIUM, estendendo la copertura ai familiari, e l'anno successivo sceglie di aderire al piano BASE, automaticamente anche l'estensione ai familiari sarà adeguata al piano BASE. Il personale contrattualizzato e il personale docente/ricercatore/assegnista /borsista assicurato hanno facoltà di disdetta della copertura assicurativa attivata per i propri familiari alla fine di ogni anno assicurativo, con preavviso di 15 giorni; tuttavia tale disdetta precluderà la possibilità di rientrare nella copertura fino alla scadenza naturale del contratto. Nel caso di cessazione del rapporto, gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia fino alla prima scadenza annuale successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro.



Nel caso di nuove assunzioni, la garanzia BASE decorre dal giorno dell'assunzione, sempre che questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Entro i successivi 30 giorni si possono inserire i familiari. In caso di esclusione di nuclei e/o persone in corso d'anno, non sarà effettuato alcun rimborso di premio che, pertanto, si considera acquisito dalla Società.

Per le inclusioni relative ad assunzioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il 100% del premio annuo; per le inclusioni relative ad assunzioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il 60% del premio annuo.

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza della polizza sarà consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite e adozioni.

La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia, sempre a condizione che questa venga comunicata entro 30 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società.

Per le inclusioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il 100% del premio annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il 60% del premio annuo.

Entro 60 giorni dalla scadenza dell'annualità, in base alle variazioni intercorse, si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in via definitiva alla Società.

## MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

L'assistenza sanitaria prevista dalle polizze rimborso spese mediche affidate dall'Università alla Allianz S.p.A. è fornita dalla Cassa Assistenza Sanitaria CASPIE.

CASPIE mette a disposizione del personale degli enti assistiti un Manuale che fornisce le informazioni relative alle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie, nella duplice forma di assistenza diretta e assistenza rimborsuale. Il Manuale, allegato al presente fascicolo, è disponibile anche sul sito [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu).

Che cosa si intende per accesso alle prestazioni sanitarie in forma diretta e in forma rimborsuale:

- Forma diretta: è riconosciuta agli assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture appartenenti al network sanitario convenzionato, senza necessità di anticipare alcun importo se non quanto eventualmente previsto dal Disciplinare di riferimento fornito ad ogni assistito(a) dalla Cassa stessa;
- Forma rimborsuale: è riconosciuto agli assistiti il rimborso delle spese sostenute a fronte di prestazioni sanitarie erogate da Strutture Sanitarie non appartenenti al Network Sanitario convenzionato (comprese le prestazioni erogate a carico del SSN). L'assistito/a pertanto anticiperà la spesa e ne richiederà il rimborso.

Tutte le informazioni potranno essere reperite dagli assistiti mediante:

- Contatto telefonico con la centrale operativa, tutti i giorni dalle ore 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00 tramite numero verde dedicato alla gestione **800 124 306**, valido per le chiamate da telefono fisso oppure **+39 0667549306** valido per le chiamate da cellulare e dall'estero;
- email dedicata [assistenza.torvergata@caspieonline.eu](mailto:assistenza.torvergata@caspieonline.eu)
- accesso all'area riservata del portale [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu), previa registrazione.

Il Broker d'Ateneo, De Besi Di Giacomo S.p.A., offre un servizio di risposta alle richieste di informazioni e necessità di chiarimenti relativamente alla polizza sanitaria all'indirizzo email [polizzasanitaria@dbdg.it](mailto:polizzasanitaria@dbdg.it), e al numero dedicato **06.36083911** (attivo dal lunedì al venerdì in orario 9:00-12:00 e 15:00-17:00) oltre a garantire il consueto servizio di sportello assicurativo ogni mercoledì dalle 9:00 alle 12:30 presso l'edificio C, piano zero del Rettorato d'Ateneo.

La titolare dell'Ufficio Affari Assicurativi dell'Ateneo, nonché Direttrice esecutiva del contratto, è la dott.ssa Aleksandra Ivanovic. La responsabile unica del procedimento è la dott.ssa Carola Gasparri.

**Tutti i premi versati alla CASPIE dal personale dipendente sono deducibili dal reddito fino all'importo di Euro 3.615,20, anche se versati a beneficio di familiari. Tutte le spese sanitarie sostenute e non rimborsate (in virtù di esclusioni o franchigie) danno diritto alla detrazione d'imposta nella misura del 19%.**



## QUADRO DI RIEPILOGO

### PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO BIBLIOTECARIO E CEL:

- 1 Leggere con attenzione l'intero contenuto del presente fascicolo, in particolare per quanto riguarda le prestazioni ricomprese nella "polizza Base" e nella "polizza Premium"
- 2 Se si sceglie di aderire alla polizza "Premium" e/o di estendere la copertura scelta ("Base" o "Premium") ai propri familiari, compilare il modulo "Scheda di adesione dipendenti Tor Vergata" entro il 28 febbraio 2023 e inviarlo in formato Word e, firmato, in formato .pdf all'indirizzo [polizzasanitaria@dbdg.it](mailto:polizzasanitaria@dbdg.it)
- 3 Registrarsi sul sito [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu) per acquisire le credenziali di accesso alla piattaforma della Cassa Assistenza CASPIE
- 4 Per le modalità di accesso alle prestazioni si rimanda all'Allegato 2

### PERSONALE DOCENTE, RICERCATORE, ASSEGNISTA E BORSISTA:

- 1 Leggere con attenzione l'intero contenuto del presente fascicolo, in particolare per quanto riguarda le prestazioni ricomprese nella "polizza Base" e nella "polizza Premium"
- 2 Se si sceglie di aderire alla polizza "Base" o alla polizza "Premium" e di estendere la copertura scelta ai propri familiari, compilare il modulo "Scheda di adesione altre categorie Tor Vergata" entro il 28 febbraio 2023 e inviarlo in formato Word e, firmato, in formato .pdf all'indirizzo [polizzasanitaria@dbdg.it](mailto:polizzasanitaria@dbdg.it)
- 3 Registrarsi sul sito [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu) per acquisire le credenziali di accesso alla piattaforma della Cassa Assistenza CASPIE
- 4 Per le modalità di accesso alle prestazioni si rimanda all'Allegato 2



## POLIZZA BASE

La presente polizza prevede il rimborso delle spese sostenute a seguito di Malattia o Infortunio, per le seguenti prestazioni sanitarie. I massimali indicati si intendono raddoppiati in caso di estensione all'intero nucleo familiare.

### A) OSPEDALIERE

#### A.1 - Ricovero per Grande intervento chirurgico

In caso di ricovero per Grande intervento chirurgico (si veda elenco in Allegato) effettuato in Istituto di cura, si applica una garanzia fino a concorrenza di un massimale di Euro 10.000,00 come segue:

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici) effettuati nei 90 giorni precedenti e relativi all'intervento stesso;
- per gli onorari di chirurgo/a, aiuto chirurgo/a, assistente, anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento e apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;

- per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- per rette di degenza;
- per le spese rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi al ricovero.

Per tale garanzia non si applica nessuna franchigia in caso di utilizzo della rete convenzionata, mentre si applica uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 500,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

#### A.1.1 – Indennità sostitutiva

La Società corrisponde un'indennità di Euro 100,00 per ogni giorno di ricovero per intervento in ospedale e/o casa di cura, con il massimo di 100 giorni per persona, se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.



## A.2 Intervento ambulatoriale e in day hospital

In caso di:

- ricovero per intervento non compreso nei grandi interventi,
- intervento ambulatoriale,
- intervento in day hospital o
- ricovero senza intervento

si applica una garanzia, fino alla concorrenza di un massimale di Euro 8.000,00, come segue:

- per gli onorari di chirurgo/a, aiuto chirurgo/a, assistente, anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- per i diritti di sala operatoria, materiale di intervento e apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- per l'assistenza medica e infermieristica, cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- per le rette di degenza;
- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici), gli onorari medici per visite specialistiche, gli esami effettuati in Istituto di Cura o ambulatorio nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- per gli onorari medici per visite specialistiche, esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisio-terapici e rieducativi, noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, effettuati in istituto di cura o ambulatorio nei 120 giorni successivi al ricovero.

Per tale garanzia non si applica nessuna franchigia in caso di utilizzo della rete convenzionata, mentre si applica uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 500,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

### A.2.1 – Indennità sostitutiva

La Società corrisponde un'indennità di Euro 100,00 per ogni giorno di ricovero per intervento in ospedale e/o casa di cura, con il massimo di 100 giorni per persona, se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

## A.3 Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore/ accompagnatrice

In istituto di cura, o in struttura alberghiera in caso di indisponibilità dell'istituto di cura, vitto e pernottamento di un accompagnatore o un'accompagnatrice dell' Assicurato/a fino alla concorrenza di Euro 35,00 giornalieri e con il limite massimo di 30 giorni per ciascun anno assicurativo. In caso d'indisponibilità del pernottamento presso l'istituto di cura saranno rimborsate (nei limiti previsti) le spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso strutture alberghiere previa dichiarazione del medico attestante la necessità dell'assistenza al malato e dichiarazione d'indisponibilità del pernottamento da parte dell'istituto di cura.

## A.4 Trasporto dell'assicurato/a

Per il trasporto a mezzo ambulanza, treno o aereo dell'assicurato/a dal domicilio e/o residenza all'istituto di cura e viceversa è previsto, in caso di grande intervento chirurgico, un rimborso fino a un massimo di Euro 1.100,00 in Italia e di Euro 2.000,00 all'estero, per anno.

## A.5 Rimpatrio salma

In caso di decesso avvenuto all'estero a seguito di ricovero per grande intervento chirurgico (si veda Allegato 1) effettuato in istituto di cura, sono indennizzate le spese per il rimpatrio della salma con il limite di Euro 3.000,00.

## B) ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DI LABORATORIO

La Società rimborsa le spese per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono:

- chemioterapia
- radioterapia
- cobaltoterapia
- dialisi
- doppler
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- laserterapia
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia



- TAC
- telecuore
- diagnostica radiologica
- ecografia
- amniocentesi
- tecarterapia,
- onde d'urto
- PET
- tutti gli esami endoscopici con e senza biopsia
- ago aspirato
- amniocentesi/prenatal safe/harmony test villocentesi (per donne con età > 35 anni).

La società rimborsa inoltre le spese sostenute per le visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, purché pertinenti all'evento denunciato, per:

- onorari medici per visite specialistiche, purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici;
- accertamenti diagnostici e di laboratorio prescritti dal Medico curante.
- La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di Euro 3.000,00.
- Per tale garanzia si applicherà una franchigia di Euro 35,00 per sinistro in caso di utilizzo della rete convenzionata, e una franchigia di Euro 50,00 per sinistro in caso di non utilizzo della rete convenzionata. In caso di utilizzo parziale della rete convenzionata per lo stesso sinistro verranno applicate, alle relative fatture, le franchigie previste in rete e fuori rete.
- In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.
- Le prestazioni sono garantite, presso le strutture convenzionate, entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta di prenotazione.

### C) CURE ONCOLOGICHE

La Società rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica fino alla concorrenza del massimale di Euro 3.000,00.

### D) PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche con il limite di massimale di Euro 100,00.

Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00 in caso di utilizzo della rete convenzionata e uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 80,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

### E) CURE DENTARIE

La Società rimborsa le spese per cure odontoiatriche e ortodontiche, comprese visite ed esami radiologici, e per acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche fino alla concorrenza del massimale indicato in Euro 300,00. Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00 in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 80,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

Si intende compresa anche l'igiene orale con ablazione del tartaro con il sottolimito di Euro 50,00 e senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

### F) LENTI E OCCHIALI

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali, per modifica visus o per prima prescrizione fino a concorrenza della somma di Euro 200,00 da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa.

Il rimborso viene effettuato previa applicazione di uno scoperto a carico dell'assicurato/a nella misura del 30%.

### G) MEDICINA PREVENTIVA

La Società rimborsa annualmente le seguenti spese sostenute a scopo preventivo:

- Uomo: esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT, gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine; urine completo; PSA e PSA free; elettrocardiogramma a riposo e sotto sforzo.



Donna: esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT, gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine; urine completo; visita ginecologica; pap test; mammografia; elettrocardiogramma a riposo e sotto sforzo.

## H) PACCHETTO MATERNITÀ

La Società rimborsa, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per le assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepitodal Nomenclatore Tariffario del SSN;
- test genetici prenatali (E.G. Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale;
- amniocentesi o villocentesi: per le donne di 35 anni o più, possono essere erogate senza prescrizione; per le donne di meno di 35 anni, possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto;
- visite di controllo ostetrico-ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia e ginecologia;
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale;
- una visita anestesilogica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Tale garanzia è prestata con un massimale pari a Euro 1.000,00 per ciascuna gravidanza. In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati, le prestazioni erogate all'assicurata vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'assicurata.

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, alle spese sostenute è applicato uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 70,00.

## I) FISIOTERAPIA

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio ed esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte dal medico di famiglia o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa. Il limite di spesa per tale garanzia è pari a Euro 200,00 per sinistro/anno. Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

La Società dovrà autorizzare l'intero ciclo delle prestazioni e non le singole sedute.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati le prestazioni erogate all'Assicurato/a vengono liquidate direttamente dalla Società al netto dello scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00, che saranno versati dall'assicurato alla struttura. L'assicurato/a dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurato/a.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, alle spese sostenute è applicato uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 80,00; è necessario che l'Assicurato/a alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato.



## POLIZZA PREMIUM

### A) OSPEDALIERE

#### A.1 - Ricovero per Grande intervento chirurgico

In caso di ricovero per grande intervento chirurgico (si veda Allegato 1) effettuato in istituto di cura si applica una garanzia fino alla concorrenza di un massimale di Euro 100.000,00, come segue:

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici) effettuati nei 90 giorni precedenti e relativi all'intervento stesso;
- per gli onorari di chirurgo/a, aiuto chirurgo/a, Assistente, Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;

- per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- per rette di degenza;
- per le spese rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 giorni successivi al ricovero.

Per tale garanzia non si applicherà nessuna franchigia in caso di utilizzo della rete convenzionata, uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 500,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.



## **A.2 Ricovero per intervento non compreso nei grandi interventi e ricovero senza intervento, nonché intervento ambulatoriale e in day hospital**

In caso di ricovero per intervento non compreso nei grandi interventi, di intervento ambulatoriale, in day hospital o ricovero senza intervento si applica una garanzia, fino alla concorrenza di un massimale di Euro 50.000,00, come segue:

- per gli onorari di chirurgo/a, aiuto chirurgo/a, assistente, anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- per i diritti di sala operatoria, materiale di intervento e apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- per l'assistenza medica e infermieristica, cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- per le rette di degenza;
- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici), gli onorari medici per visite specialistiche, gli esami effettuati in istituto di cura o ambulatorio nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- per gli onorari medici per visite specialistiche, esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, noleggio di apparecchi protesici e sanitaricomprese carrozzelle ortopediche, effettuati in istituto di cura o ambulatorio nei 120 giorni successivi al ricovero.

Per tale garanzia si applica una franchigia di Euro 250,00 in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 500,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata. In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

## **A.3 Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore/accompagnatrice**

In istituto di cura, o in struttura alberghiera in caso di indisponibilità dell'istituto di cura, vitto e pernottamento di un accompagnatore o un'accompagnatrice dell'assicurato/a fino alla concorrenza di Euro 60,00 giornalieri e con il limite

massimo di 30 giorni per ciascun anno assicurativo. In caso d'indisponibilità del pernottamento presso l'istituto di cura saranno rimborsate (nei limiti previsti) le spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso strutture alberghiere previa dichiarazione del medico attestante la necessità dell'assistenza al malato e dichiarazione d'indisponibilità del pernottamento da parte dell'istituto di cura.

## **A.4 Trasporto dell'assicurato/a**

Per il trasporto a mezzo ambulanza, treno o aereo dell'assicurato/a dal domicilio e/o residenza all'istituto di cura e viceversa è previsto, in caso di grande intervento chirurgico, un rimborso fino a un massimo di Euro 1.100,00 in Italia e di Euro 2.000,00 all'estero, per anno.

## **A.5 Rimpatrio salma**

In caso di decesso avvenuto all'estero a seguito di ricovero effettuato in istituto di cura le spese per rimpatrio della salma con il limite di Euro 3.000,00.

## **A.6 - Spese funerarie**

In caso di decesso avvenuto in Italia a seguito di ricovero effettuato in istituto di cura è previsto un massimale aggiuntivo per le spese funerarie pari a Euro 1.500,00.

## **A.7 - Indennità sostitutiva**

La Società corrisponde un'indennità di Euro 100,00 per ogni giorno di ricovero per intervento in ospedale e/o casa di cura, con il massimo di 100 giorni per persona, se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

## **B) ALTA DIAGNOSTICA**

La Società rimborsa le spese per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono:

- chemioterapia
- radioterapia
- cobaltoterapia



- dialisi
- doppler
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- laserterapia
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia
- TAC
- telecuore
- diagnostica radiologica
- ecografia
- amniocentesi
- tecarterapia,
- onde d'urto
- PET
- tutti gli esami endoscopici con e senza biopsia
- ago aspirato
- amniocentesi/prenatal safe/harmony test/villocentesi (per donne con età > 35 anni).

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata sino a un massimo di Euro 5.000,00. Per tale garanzia non si applicherà nessuna franchigia in caso di utilizzo della rete convenzionata e uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 50,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

### C) VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO

In caso di visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, la Società rimborsa le spese sostenute, purché pertinenti all'evento denunciato, per:

- onorari medici per visite specialistiche, purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo;
- noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici;
- accertamenti diagnostici e di laboratorio prescritti dal medico curante;
- agopuntura ed elettro-agopuntura, purché praticati da personale medico regolarmente iscritto all'albo;
- infiltrazioni con farmaco effettuate da personale medico regolarmente iscritto all'albo;
- chiropratica;

- logopedia;
- osteopatia;
- cure termali;
- per assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal Medico curante, con il limite di Euro 60,00 giornaliere.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di Euro 5.000,00.

Per tale garanzia non si applica nessuna franchigia in caso di utilizzo della rete convenzionata e uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 35,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

### D) CURE ONCOLOGICHE

La Società rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica fino alla concorrenza del massimale di Euro 10.000,00.

### E) PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche con il limite di massimale fissato in Euro 500,00. Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00 in caso di utilizzo della rete convenzionata e uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 80,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

### F) CURE DENTARIE

La Società rimborsa le spese per cure odontoiatriche e ortodontiche comprese visite ed esami radiologici e per acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche fino alla concorrenza del massimale indicato in Euro 1.000,00. Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00 in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 80,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

Si intende compresa anche l'igiene orale con ablazione del



tartaro con il sottolimito di Euro 100,00 e senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto. In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

### G) LENTI E OCCHIALI

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali, per modifica visus o per prima prescrizione fino a concorrenza della somma di Euro 500,00 da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa. Il rimborso viene effettuato previa applicazione di uno scoperto a carico dell'assicurato/a nella misura del 15% con il minimo di Euro 50,00.

### H) FISIOTERAPIA

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio ed esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte dal medico di famiglia o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa. Il limite di spesa per tale garanzia è pari a Euro 500,00 per sinistro/anno.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

La Società dovrà autorizzare l'intero ciclo delle prestazioni e non le singole sedute.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati, le prestazioni erogate all'Assicurato/a vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'assicurato/a. L'assicurato/a dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitaria carico dell'assicurato/a.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, alle spese sostenute è applicato uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 70,00, è necessario che l'assicurato/a alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

### I) MEDICINA PREVENTIVA

La Società provvede al pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato/a) delle prestazioni di prevenzione effettuate solo in strutture sanitarie convenzionate in un'unica soluzione.

Elenco esami validi per tutti gli/le assicurati/e una volta l'anno: alanina aminotransferasi ALT, aspartato aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, gamma GT, glicemia, trigliceridi, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), urea, VES, urine (esame chimico, fisico e microscopico), feci (ricerca del sangue occulto), sideremia.

Prestazioni previste per le donne, una volta l'anno: pap test, ECG da sforzo, mammografia, ecografia mammaria.

Prestazioni previste per le donne con età superiore ad anni 55, una volta ogni due anni: ecotomografia addome completo, ecodoppler venoso arti inferiori, ecocardiografia, M.O.C.

Prestazioni previste per gli uomini, una volta l'anno: PSA (specifico antigene prostatico), visita urologica e ECG da sforzo.

Prestazioni previste per gli uomini con età superiore a 55 anni, una volta ogni due anni: ecotomografia addome completo, RX torace, ecodoppler venoso arti inferiori, ecocardiografia.

### J) PACCHETTO MATERNITÀ

La Società rimborsa, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto Nomenclatore Tariffario del SSN;
- test genetici prenatali (E.G. HarmonyTest, Prenatal Safe) su DNA fetale;
- amniocentesi o villocentesi: per le donne di 35 anni o più, possono essere erogate senza prescrizione; per le donne dimeno di 35 anni, possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto;
- visite di controllo ostetrico-ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia e ginecologia;



- controlli ostetrici effettuati da personale sanitarioabilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale;
- una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.
- supporto psicologico post parto, per un massimo di 3 visite psicologiche da effettuarsi entro 3 mesi dal parto.

Tale garanzia è prestata con un massimale pari a Euro 5.000,00 per ciascuna gravidanza. in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati, le prestazioni erogate all'Assicurata vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'assicurata.

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, alle spese sostenute è applicato uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 50,00.

#### K) STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE/LTC

La Società prevede, in caso di perdita permanente dell'autosufficienza nel compimento di almeno quattro parti dei seguenti sei atti elementari di vita quotidiana (lavarsi, vestirsi e svestirsi, andare in bagno e usarlo, spostarsi, continenza, nutrirsi) l'erogazione di un importo, una tantum, di Euro 5.000,00.

## ESTENSIONI ED ESCLUSIONI (COMUNI A ENTRAMBE LE OPZIONI)

Sono escluse dall'assicurazione:

- le intossicazioni dovute ad abuso di alcoolice psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo, in quest'ultimo caso, la somministrazione terapeutica), allucinogeni e simili;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'assicurato/a abbia preso parte volontariamente;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove e allenamenti;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia e plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio o da pregressa chirurgia demolitiva);
- tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla "fecondazione assistita" e/o "fecondazione eterologa";
- degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;

- ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'assicurato/a che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS;
- le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le nevrosi; le visite presso medici specialisti in psichiatria sono tuttavia pienamente rientranti tra le prestazioni di cui al punto "ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DI LABORATORIO" per la polizza BASE e al punto "VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO" per la polizza PREMIUM;
- le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio correzione di miopia e astigmatismo) ad eccezione di quanto segue: la garanzia opererà qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.



Sono incluse nell'assicurazione:

- le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, nonché le malattie croniche e recidivanti;
- gli interventi e le cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fermo quanto previsto dalle esclusioni.

La gravidanza è considerata "malattia" a tutti gli effetti.

Non sono assicurabili le persone di età superiore a 70 anni. Nel caso di compimento del settantesimo anno di età durante il corso dell'annualità assicurativa, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Per le persone assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con l'Ateneo, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro. Allo scioglimento del rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro.

## ELENCO DEGLI ALLEGATI

**ALLEGATO 1 - ELENCO DEI "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI"**

**ALLEGATO 2 - MANUALE OPERATIVO CASPIE**

**ALLEGATO 3 - SCHEDA DI ADESIONE DIPENDENTI**

**ALLEGATO 4 - SCHEDA DI ADESIONE ALTRE CATEGORIE**



## ALLEGATO 1

# ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

### CHIRURGIA GENERALE

- Collo
- Paratiroidectomia (tipica o atipica)
- Linfadenectomia radicale latero cervicalemonolaterale
- Dissezione radicale del collo
- Parotidectomia con conservazione del nervo facciale
- Reinterventi di paratiroidectomia
- Tiroidectomia totale
- Reinterventi sulla tiroide
- Plastiche e resezioni tracheali
- Chirurgia delle fistole tracheo esofagee
- Mediastino
- Timectomia (per via transternale, transtoracica, cervicale)
- Asportazione chirurgica di cisti o tumori del mediastino (compresi i gozzi endotoracici)
- Interventi sul dotto toracico
- Mammella
- Mastectomia radicale (Halsted - Madden - Patey) con linfadenectomia
- Torace
- Pleurectomia
- Interventi per tumori delle coste e/o dello sterno (esclusi eventuali materiali protesici)
- Decorticazione polmonare
- Trattamento chirurgico di cisti polmonari
- Broncotomie
- Trattamento dei traumi toracici con lesioni viscerali
- Pleurectomie per tumori mesoteliali
- Pneumonectomie
- Lobectomie e bilobectomie
- Resezioni segmentarie o atipiche (sleeve, wedge, ecc.)
- Toracopleurolobectomie
- Fistole esofago-tracheali o esofago-bronchiali
- Fistole postoperatorie, post lobectomia e post pneumonectomia
- Esofago
- Trattamento chirurgico del megaesofago (compresa plastica antireflusso)
- Trattamento chirurgico delle ernie iatali e del reflusso gastro-esofageo
- Trattamento chirurgico dei diverticoli esofagei
- Trattamento chirurgico dei tumori benigni all'esofago
- Trattamento chirurgico dei tumori maligni all'esofago
- Trattamento chirurgico delle fistole aerodigestive acquisite
- Trattamento chirurgico delle lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- Trattamento chirurgico dei tumori cardiaci
- Intervento di deconnessione azygos-portale
- Stomaco - Duodeno
- Resezione duodenogastrica con linfadenectomia
- Degastroresezione
- Gastrectomia totale
- Interventi di riconversione per dumping syndrome
- Digiuno e Ileo (Intestino tenue)
- Interventi per diverticoli del duodeno
- Derotazione intestinale
- Colon - Retto - Ano
- Interventi per incontinenza anale
- Emicolectomia destra (compresa linfadenectomia)
- Emicolectomia sinistra (compresa linfadenectomia)
- Colectomie del trasverso (compresa linfadenectomia e colostomia)
- Colectomia totale con ileostomia
- Resezione retto-colica anteriore (con linfadenectomia)
- Interventi di amputazione del retto per via perineale, posteriore, addomino perineale e addomino posteriore (compresa colostomia)
- Colectomia totale con ileorettostomia
- Procto-retto-colectomia totale con pouch ileale
- Peritoneo
- Exeresi di tumori retroperitoneali
- Fegato e vie biliari
- Drenaggio di ascessi epatici e cisti di echinococco
- Colectomia per via laparoscopica
- Interventi sulla papilla per via transduodenale +/- colectomia
- Coledocotomie coledocolitotomia +/- drenaggio biliare (+ colectomia)
- Epaticotomie epaticolitotomia +/- drenaggio biliare (+ colectomia)
- Anastomosi coledocodigestive +/- colectomia
- Anastomosi epaticodigestive +/- colectomia
- Resezioni epatiche minori



- Resezioni epatiche maggiori
- Interventi per calcolosi intraepatica
- Derivazioni porto-sistemiche
- Reinterventisulle vie biliari
- Pancreas - Milza
- Duodeno cefalopancreasectomia
- Pancreatectomiasinistra
- Pancreatectomiatotale
- Interventi di exeresi della papilla Water
- Derivazioni pancreatico-wirsung-digestive
- Interventi conservativi per pancreatite acuta
- Interventi demolitivi per pancreatite acuta
- Trattamento chirurgico di cisti pancreatiche
- Interventi per fistolepancreatiche
- Interventi per tumori del pancreas endocrino

#### CHIRURGIA VASCOLARE

- Venosa
- Terapia chirurgica nella patologia della vena cava superiore ed inferiore
- Arteriosa
- Endoarteriectomia o altro intervento chirurgico dei vasi del collo
- Chirurgia delle fistoleartero-venose acquisite di viso, collo,torace
- Chirurgia di tumori glomici carotidei
- Chirurgia degli aneurismi dei tronchi epiaortici
- Chirurgia deglianeurismi delle arterieviscerali
- Chirurgia delle embolie e/o trombosi delle arterieviscerali
- Chirurgia delle embolie e/o trombosi delle arterie renali
- Chirurgia dei tronchiepiaortici
- Chirurgia delle obliterazioni cronichedell'asse arto-iliaco, femoro-popliteo e tibiale
- Reinterventi precoci e tardivi in chirurgia vascolare ricostruttiva
- Trattamento chirurgico dell'ipertensione nefrovascolare
- Trattamento chirurgico delle lesioni traumatiche dell'aorta e dei suoi rami
- Trattamento chirurgico degli aneurismi dell'aorta addominale
- Trattamento chirurgico deglianeurismi dell'aorta toracica e toraco-addominale

#### CARDIOLOGIA

- Cardiochirurgia

- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Sostituzione di valvolasingola
- Sostituzione di valvola doppia o multiplao sostituzione valvolare + plastica valvolare
- Sostituzione di valvola singolacon by-pass aorto coronarico in CEC
- Intervento di plastica valvolare
- By-pass aorto-coronarico unico
- By-pass aorto-coronarico multiplo
- By-pass aorto-coronarico senza CEC in minitoracotomia
- By-pass aorto-coronarico senza CEC
- Intervento per aneurisma dell'aorta ascendente
- Intervento per dissecazione dell'aorta ascendente
- Intervento per aneurisma dell'aorta ascendente con sostituzione valvolare
- Intervento per aneurismao dissecazione dell'aorta discendente toracica
- Intervento per aneurismao dissecazione dell'arco aortico
- Correzione di difettointeratriale
- Correzione di difetto interventricolare
- Intervento per pervietàdel dotto di Botallo
- Intervento percoartazione aortica
- Intervento per cardiopatie congenite semplici
- Intervento per feriteo corpi estranei o tumori del cuore
- Pericardiectomia parzialeo totale
- Reinterventoin CEC per by-pass o sostituzione di valvola
- Intervento in CEC nel paziente anziano (età superiore a 70 anni)

#### UROLOGIA

- Nefrectomia polare
- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Mielocalicolitotomia
- Pielolitotomia in rene malformato
- Pieloureteroplastica
- Surrenalectomia
- Ureterocistoneostomia
- Ureterosigmoidostomia
- Ureteroileonastomosi
- Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia
- Cistectomia totalecon derivazione urinaria
- Derivazione neourinaria escludente (senza cistectomia)
- Neovescica con segmentointestinale
- Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale o vescico-intestinale



- Plastica antireflusso monolaterale
- Plastica antireflusso bilaterale
- Prostatectomia radicale con linfadenectomia
- Uretrostomia perineale
- Rivascolarizzazione del pene per impotenza vasculogenica
- Raddrizzamento di pene con protesi (protesiesclusa)
- Emasculazione
- Amputazione totale del pene con linfadenectomia
- Linfadenectomia per tumore del testicolo

#### GINECOLOGIA E OSTETRICIA

- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Interventi per creazione di vagina artificiale
- Interventi per fistoleretto-vaginale
- Interventi radicali per tumori della vagina
- Exenteratio pelvica
- Laparo-istero-annessiectomia con linfadenectomia
- Istero-annessiectomia per via vaginale
- Interventi sulle tube in microchirurgia
- Interventi in laparoscopia pelvica
- Isterectomia + annessiectomia mono o bilaterale
- Taglio cesareo conservativo per parto gemellare
- Taglio cesareo demolitivo
- Trattamento d'urgenza per rottura dell'utero

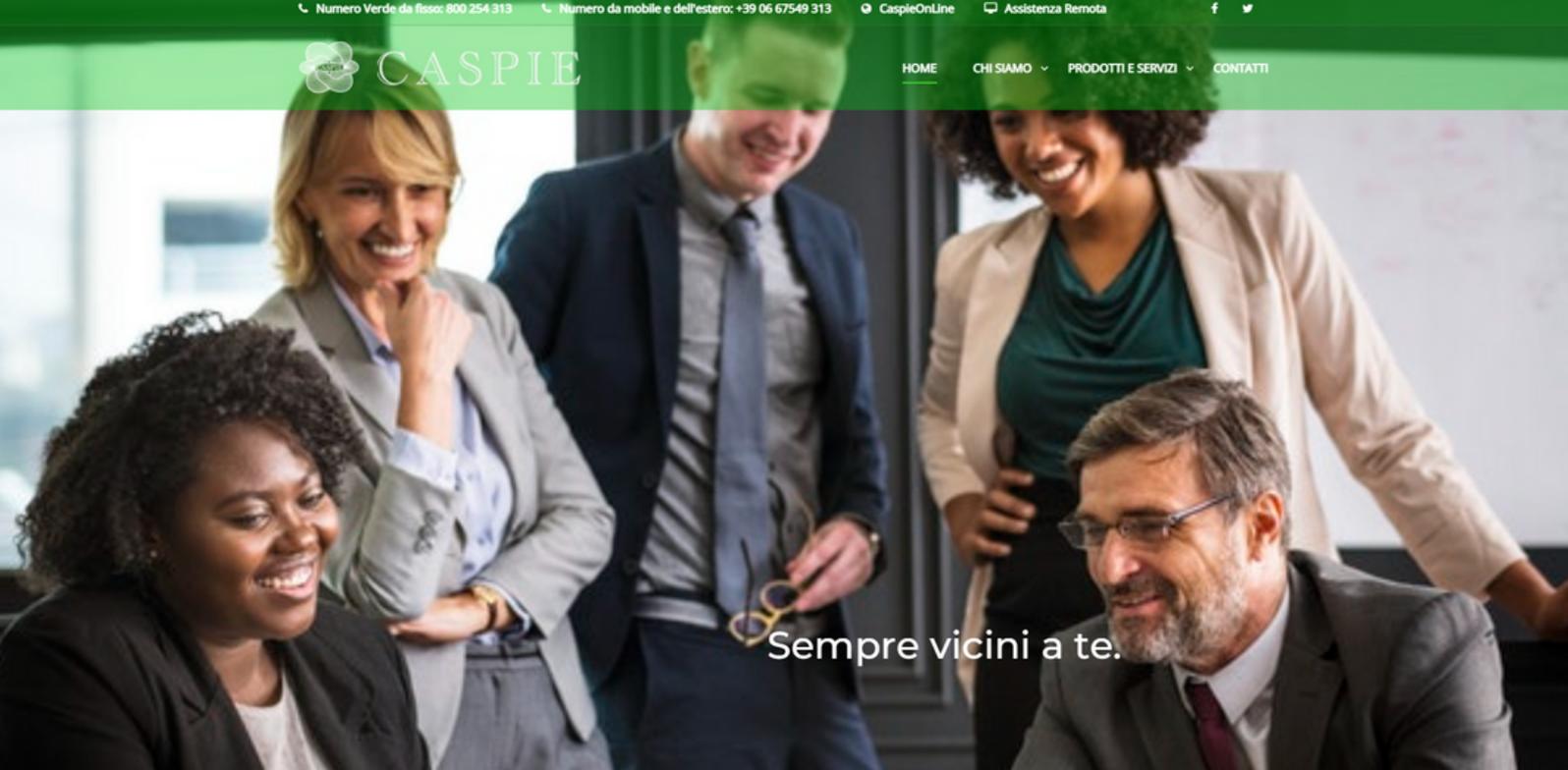
#### ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Osteotomie
- Bacino, anca
- Osteosintesi
- Omero, femore, tibia (se frattura articolare)
- Bacino
- Riduzione cruenta lussazione
- Grandi articolazioni
- Colonna vertebrale
- Trattamento cruentodei tumori ossei
- Colonna vertebrale, bacino
- Interventi in artroscopia
- Ricostruzione legamentosa +/- prelievo legamentoso tendineo
- Disarticolazioni
- Interscapolo-toracica
- Emipelvectomy
- Simpatico e Vago
- Intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici
- Nervi

- Trapianti, innesti ed altre operazioni plastico-ricostruttive
- Anastomosi spino-facciale
- Intervento sul plesso brachiale

#### CHIRURGIA PEDIATRICA

- Duodeno digiunostomia
- Anastomosi intestinale
- Asportazione diverticolo di Meckel
- Escissione e duplicazione intestinale
- Riduzione invaginazione intestinale
- Riduzione volvolo intestinale
- Colectomia
- Resezione addominoperineale
- Epato-digiuno-porto-stomia (Intervento di Kasai)
- Asportazione neoplastica addominale
- Emiorrafia diaframmatica
- Plastica per onfalocele
- Trattamento chirurgico della atresia anale
- Operazioni Toraciche
- Trattamento chirurgico della atresia esofagea (se in un tempo)
- Trattamento chirurgico della atresia esofagea (se in due o più tempi)
- Chiusura fistola tracheoesofagea
- Trattamento chirurgico di duplicazione esofagea
- Timectomia
- Asportazione cisti polmonare
- Asportazione tumore polmonare
- Lobectomia
- Pneumonectomia
- Sezione anellovascolare
- Interventi Urologici
- Nefrectomia
- Plastica stenosi giunto-pielo-ureterale
- Ureterosigmoidostomia
- Escissione ureterocele
- Reimpianto utero-vescicale
- Cistectomia
- Interventi Ginecologici
- Asportazione cisti ovariche
- Intervento per fistola retto-vaginale
- Creazione neovagina
- Vaginoplastica perineale
- Varie
- Asportazione tumore sacrococcigeo



Sempre vicini a te.

## ALLEGATO 2

# MANUALE OPERATIVO CASPIE PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE



Manuale Operativo  
per l'accesso alle prestazioni sanitarie

Il presente Manuale si applica a tutto il Personale degli Enti Assistiti dalla CASPIE per le assistenze sanitarie da questa erogate e fornisce le informazioni relative alle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie nella duplice forma di assistenza Diretta e Rimborsuale.

Il Manuale verrà reso disponibile sul sito della CASPIE [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu) e comunque distribuito unitamente ai Disciplinari.

### **1. Cosa si intende per accesso alle prestazioni sanitarie in forma Diretta e in forma Rimborsuale.**

**1.1 Forma Diretta:** è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie (previste dalla Normativa e rese necessarie da stato di malattia, infortunio e/o parto) erogate dalle Strutture appartenenti al Network Sanitario Convenzionato, senza necessità di anticipare alcun importo se non quanto eventualmente previsto dal Disciplinare di riferimento;

**1.2 Forma Rimborsuale:** è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute a fronte di prestazioni sanitarie (previste dalla Normativa e rese necessarie da stato di malattia, infortunio e/o parto) erogate da Strutture Sanitarie non appartenenti al Network Sanitario convenzionato (comprese prestazioni erogate a carico del SSN). L'Assistito anticiperà la spesa e ne richiederà il rimborso che avverrà in ottemperanza a quanto previsto dal Disciplinare di riferimento.

## 2. Servizi Informativi.

Tutte le informazioni potranno essere reperite dagli Assistiti mediante:

### 2.1 Contatto telefonico con la Centrale Operativa.

Tutti i giorni dalle ore 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00 tramite Numero Verde dedicato alla gestione **800 124 306** valido per le chiamate da telefono fisso ovvero tramite nr. **+39 0667549306** valido per le chiamate da cellulare e dall'estero.



La Centrale Operativa, raggiungibile anche tramite email dedicata **[assistenza.torvergata@caspieonline.eu](mailto:assistenza.torvergata@caspieonline.eu)**:

- Fornisce informazioni su prestazioni e limiti oggetto del Disciplinare di riferimento;
- Fornisce informazioni su modalità di accesso alle prestazioni sanitarie in forma Diretta e in forma Rimborsuale;
- Fornisce informazioni sullo stato dei rimborsi;
- Autorizza le prestazioni da erogarsi nella Forma Diretta presso le Strutture del Network Convenzionato gestendo altresì la prenotazione ove richiesto.

## 2.2 Accesso Area Riservata Sito Internet [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu)

Dal sito, previa registrazione, si accede all'area riservata dove è possibile:

- a) consultare i Disciplinari di riferimento;
- b) variare i propri dati anagrafici (su esplicita richiesta dell'Ente);
- c) verificare lo stato delle proprie richieste di rimborso;
- d) visualizzare e scaricare le comunicazioni relative a rimborsi sospesi/respinti;
- e) effettuare le Richieste di rimborso on line (forma Rimborsuale) anche caricando direttamente (upload) la relativa documentazione medica e di spesa necessaria ai fini del rimborso;
- f) integrare la documentazione medica e di spesa richiesta ai fini della definizione delle richieste di Rimborso (forma Rimborsuale) già inoltrate in precedenza ma in modo incompleto (pratiche in stato "sospeso");
- g) consultare l'elenco delle Strutture Sanitarie del Network convenzionato e prenotare le prestazioni;
- h) scaricare la Modulistica;
- i) scaricare il Report di Riepilogo Rimborsi necessario ai fini della dichiarazione dei redditi;
- j) consultare le FAQ.

### 3. Descrizione dei processi

#### 3.1 Modalità di accesso alle prestazioni sanitarie erogate in Forma Diretta

Per attivare la modalità di accesso alle prestazioni in **Forma Diretta**, l'Assistito dovrà:

- accertarsi, tramite il sito [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu) o tramite il Numero Verde **800 124 306 (+39 0667549306 per le chiamate da cellulare)** (attivo dalle ore 09,00 alle 13,00 e dalle 15,00 alle 17,00, che sia la Struttura che l'Equipe medico-chirurgica e/o gli altri specialisti coinvolti siano convenzionati; diversamente, nel caso di forma mista (qualora l'Assicurato fosse autorizzato a ricevere una prestazione presso Struttura Convenzionata con il Network, ma l'équipe medica non lo fosse, con riferimento agli importi relativi alla struttura la Caspie provvederà al relativo pagamento diretto mentre per gli onorari dell'équipe non convenzionata, troverà applicazione quanto previsto in caso di assistenza rimborsuale).
- Effettuare autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria, specificando di essere assistito CASPIE e di voler usufruire della prestazione in convenzione diretta;
- Consegnare, alla struttura, la prescrizione medica indicante diagnosi/quesito diagnostico ed ogni altra documentazione o specifica informazione necessaria ai fini del rimborso come indicato sul Disciplinare di riferimento

(che dovrà essere sempre preventivamente consultato), affinché la stessa possa inoltrare a CASPIE la richiesta di presa in carico.

- La richiesta dovrà avvenire almeno 72 ore lavorative precedenti la data fissata per la prestazione (salvo casi di effettiva urgenza comprovati da certificato e da inviare prontamente alla Centrale Operativa per mezzo della stessa Struttura Sanitaria prima delle dimissioni dalla Struttura).

### 3.2 Fase Autorizzativa

La Centrale Operativa, esperiti i necessari controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione della richiesta avanzata dalla struttura (verifica dell'assistenza, analisi di pertinenza della prestazione richiesta rispetto alla diagnosi di patologia accertata o presunta, capienza di massimale ecc.).

L'analisi della documentazione ricevuta può dar luogo a:

- **Sospensione della Richiesta di Presa in carico.** La Centrale Operativa, in caso di necessità di ricevere ulteriore documentazione medica, sospenderà la Richiesta dandone comunicazione (via mail/fax) all'Assistito e alla struttura.
- **Negazione della Richiesta di Presa in carico.** La Centrale Operativa, in caso di non autorizzabilità (es. esaurimento massimali, prestazioni non previste, prestazioni non pertinenti con la diagnosi indicata, altro) ne darà comunicazione all'Assistito e alla Struttura Sanitaria via mail/fax.

- **Accettazione della Richiesta di Presa in carico.** La Centrale Operativa, in caso di **esito positivo**, autorizzerà la Struttura Sanitaria (via fax/mail) ad erogare la prestazione con il servizio di pagamento diretto, indicando le spese rimaste a carico dell'Assistito in ottemperanza a quanto previsto dal Disciplinare di riferimento. In nessun caso l'Autorizzazione potrà ritenersi vincolante rispetto al successivo rimborso che potrà avvenire solo a seguito di ricezione della documentazione completa da parte della Struttura Sanitaria e della sua valutazione. Nel caso si verifichi nel corso dell'accertamento/ricovero autorizzato la necessità di effettuare una prestazione diversa o aggiuntiva rispetto a quella autorizzata, l'Assistito, per mezzo della Struttura sanitaria, dovrà chiedere rettifica della Presa in Carico che sarà oggetto di nuova autorizzazione da parte della Centrale Operativa. In caso contrario, l'Autorizzazione si intenderà rilasciata esclusivamente per la prestazione inizialmente richiesta e tutto quanto effettuato in variazione/aggiunta rimarrà a carico dell'Assistito.

### 3.3 Erogazione delle prestazioni in forma diretta

La Struttura sanitaria erogherà la prestazione sulla base di quanto indicato sul Modulo di autorizzazione ricevuto dalla Centrale Operativa e tratterrà all'Assistito esclusivamente gli importi rimasti a suo carico secondo quanto previsto dal Disciplinare di riferimento (ed indicato sul Modulo di Autorizzazione).

L'Assistito firmerà il Modulo di Autorizzazione inviato dalla Centrale Operativa alla Struttura Sanitaria, segnatamente nella parte relativa all'Autorizzazione dei dati sensibili. In assenza di autorizzazione, il successivo rimborso alla Struttura sanitaria non potrà avvenire.

Sarà la Struttura Sanitaria ad inviare alla Centrale Operativa tutta la documentazione medica e di spesa relativa alla prestazione fruita (unitamente al Modulo di Autorizzazione firmato dall'Assistito) ed il pagamento avverrà in forma diretta alla Struttura/professionisti in virtù dell'accordo di convenzionamento. Eventuali spese sostenute in forma Rimborsuale e associate all'evento principale avvenuto in forma diretta (es, spese pre/post associate a ricovero in forma diretta), verranno rimborsate solo a seguito dell'avvenuta definizione dell'evento principale.

Nel caso di erogazione di prestazioni non oggetto di autorizzazione, le stesse verranno saldate direttamente dall'Assistito che si riterrà obbligato in solido nei confronti della struttura sanitaria.

Attenzione: le spese pre ricovero/intervento ambulatoriale non potranno essere autorizzate in quanto tali, non essendo ancora avvenuto l'evento principale: le stesse verranno quindi autorizzate (in presenza di diagnosi o quesito diagnostico) secondo le specifiche garanzie se previste dal Disciplinare di riferimento.

Successivamente al verificarsi dell'evento principale (ricovero/interv. Ambulatoriale), sarà l'Assistito a dover indicare l'associazione delle spese pre/post, perché le stesse possano essere liquidate come tali.

### 3.4 Mancata attivazione della procedura descritta

Il rispetto della Procedura descritta (modalità di accesso, tempistica, compresa la fruizione di prestazioni sanitarie intervenute e non oggetto di richiesta di rettifica dell'Autorizzazione), è condizione necessaria per l'attivazione delle prestazioni in forma diretta. Nel caso l'Assistito non la attivasse per come indicato, dovrà sostenere in proprio le spese, salvo poi procedere alla richiesta di rimborso in forma rimborsuale (con applicazione dei limiti per questa previsti dal Disciplinare).

### 3.5 Modalità di accesso alle prestazioni sanitarie erogate in Forma Rimborsuale

Qualora l'Assistito fruisca di prestazioni sanitarie non avvalendosi delle Strutture Sanitarie convenzionate (compreso l'utilizzo del SSN), potrà richiedere il rimborso delle spese sostenute che avverrà secondo quanto stabilito dal Disciplinare di riferimento e comunque entro 20 giorni dalla ricezione della documentazione completa.

In questo caso l'Assistito, a cure ultimate, dovrà inviare alla CASPIE, tutta la documentazione sanitaria e di spesa:

- **Via Web:** nell'Area Riservata del sito [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu) con caricamento (upload) della documentazione completa.

Qualora non disponesse di accesso ad Internet, la stessa potrà essere inoltrata tramite posta al seguente indirizzo:

**CASPIE – Via Mercalli 80 – 00197 Roma**

**La documentazione inoltrata (via posta) dovrà essere prodotta IN FOTOCOPIA. Eventuali originali che dovessero pervenire per errore non verranno restituiti a meno di richiesta scritta da parte dell’Assistito inviata tramite Posta ordinaria e nell’esclusivo caso di richiesta da parte dell’Autorità competente (Agenzia delle Entrate).**

**La copia della cartella clinica dovrà essere completa e conforme all’originale.**

Nel caso di prestazioni ambulatoriali presso il SSN (con pagamento di Ticket), si consiglia di fotocopiare la prescrizione medica indicante la diagnosi prima della fruizione della prestazione, in quanto verrà senz’altro trattenuta dal SSN.

La documentazione dovrà essere:

- Inoltrata (via web/posta), entro i termini previsti dal Disciplinare di riferimento;
- Accompagnata dal **Modulo di Richiesta di Rimborso** (allegato alla presente e disponibile nella sezione modulistica del sito [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu)) debitamente compilato e firmato segnatamente nella parte relativa all’autorizzazione al Trattamento dei dati sensibili in assenza della quale, la richiesta di rimborso non potrà essere definita (motivo di sospensione);

- Completa ai fini del rimborso: si rammenta, che l'assistenza è relativa alle spese sostenute a fronte di malattia accertata o presunta/infortunio/parto. Pertanto dovrà essere sempre presente la prescrizione medica con indicazione della diagnosi/quesito diagnostico; per ogni ulteriore precisazione in ordine alla documentazione necessaria ai fini del rimborso, fa fede quanto previsto dal Disciplinare che è opportuno consultare sempre prima di effettuare la richiesta;
- In regola fiscalmente rispetto alle vigenti disposizioni di legge;
- Redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana;
- Non potranno essere ammessi a rimborso documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni (es.: l'apposizione anche successiva della diagnosi deve essere timbrata e firmata dal medico).

L'analisi della documentazione ricevuta può dar luogo a:

- **Sospensione del rimborso**: qualora la documentazione inviata non sia sufficiente alla definizione della pratica di rimborso, la CASPIE provvederà a richiedere all'Assistito la documentazione ad integrazione (comunicazione via web/mail/posta).

L'Assistito integrerà la richiesta di rimborso inoltrando ulteriore documentazione via web (dall'area riservata) /via posta all'indirizzo sopra indicato. I tempi ordinari previsti per la definizione del rimborso ed il relativo pagamento decorreranno dalla data di ricezione della documentazione completa.

- **Negazione del rimborso:** in caso di reiezione del rimborso (es. prestazioni non previste, esaurimento massimali, importi a carico dell'Assistito, prestazioni non congruenti con diagnosi di malattia presentate, altro), l'Assistito ne riceverà comunicazione (via web/mail/posta).
- **Pagamento:** in caso di esito positivo, l'Assistito riceverà il rimborso sulla base di quanto previsto dal Disciplinare il rimborso verrà effettuato a mezzo bonifico bancario sulle coordinate iban trasmesse dall'Assistito al momento dell'adesione all'assistenza.

**Gli stati relativi alle pratiche di rimborso – con nota esplicativa in caso di sospensione/reiezione – sono sempre verificabili dall'Assistito mediante accesso all'Area Riservata del Portale [www.caspieonline.eu](http://www.caspieonline.eu).**

#### 4. Prospetto Riepilogativo dei Rimborsi

Al termine dell'annualità di copertura e, allo scopo di consentire ai propri Assistiti di predisporre la dichiarazione dei redditi relativa all'anno precedente, verrà reso disponibile per gli Assistiti un estratto conto delle prestazioni rimborsate mediante portale della CASPIE.

In sede di dichiarazione dei redditi, l'Assistito potrà pertanto presentare il prospetto Riepilogativo dei Rimborsi, unitamente alla documentazione necessaria.

#### 5. Procedura di Reclamo Formale

Nel caso di lamentato disservizio, l'Assistito può presentare reclamo formale per iscritto via posta o e-mail ai seguenti recapiti:

- Posta all'indirizzo Via Mercalli 80, 00197 Roma
- E-mail all'indirizzo [reclami@caspie.eu](mailto:reclami@caspie.eu)

CASPIE fornirà risposta per iscritto all'Assistito (posta/e-mail) entro 30 gg lavorativi dalla data di ricezione del Reclamo.



e affrontare  
insieme ogni  
momento

## ALLEGATO 3

### SCHEDA DI ADESIONE DIPENDENTI

**RICHIESTA DI ADESIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ (telefono) \_\_\_\_\_ (IBAN)

\_\_\_\_\_ il quale alla data del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2023 risulta appartenente alla categoria:  
(Indirizzo e-mail)

**DIPENDENTI**

chiede di aderire alla sotto indicata assistenza sanitaria della CASPIE a decorrere dal ..... (barrare l'assistenza prescelta):

<input type="checkbox"/>	<b>Disciplinare A – BASE</b> € 266,70 annui pro/capite per il coniuge o convivente, unico figlio in famiglia monogenitoriale, familiare non fiscalmente a carico € 533,40 annui per il nucleo a carico convivente
<input type="checkbox"/>	<b>Disciplinare B – PREMIUM</b> € 266,70 annui per il dipendente € 466,73 annui pro/capite per il coniuge o convivente, unico figlio in famiglia monogenitoriale, familiare non fiscalmente a carico € 933,45 annui per il nucleo a carico convivente

al fine di fruime con i familiari con lui di seguito elencati:

Cognome e Nome	Rapporto di parentela con il richiedente	Data di nascita	Luogo di nascita	Sesso	Fiscalmente a carico	Convivente	Indirizzo completo					Codice fiscale
							Via / Piazza	n.	Cap	Città	PR	
1	TITOLARE	__/__/__			/	/						
2		__/__/__										
3		__/__/__										
4		__/__/__										
5		__/__/__										

Dichiara espressamente che i dati sopra indicati, con riferimento alla posizione di carico fiscale ed allo stato di convivenza, risultano corrispondenti alla realtà. Pertanto autorizza l'Università TOR VERGATA a trattare sulle proprie competenze l'importo relativo ai contributi assistenziali a carico dello scrivente per l'assistenza sanitaria erogata dalla CASPIE. Detto importo dovrà essere riconosciuto a nome del sottoscritto alla CASPIE stessa secondo le modalità da questa comunicate.

Dichiara altresì di ben conoscere la normativa sottoscritta tra la CASPIE e l'Università TOR VERGATA e di accettarla in ogni sua parte senza alcuna riserva od eccezione, con particolare riguardo a quanto contenuto nel Disciplinare relativamente ai termini di presentazione delle richieste di rimborso. Il sottoscritto/i dichiara/ano di aver letto l'informativa dietro riportata e di rilasciare il consenso al trattamento da parte della CASPIE dei propri dati personali e sensibili per le finalità di assistenza sanitaria integrativa e con le modalità indicate nella stessa informativa. Il sottoscritto/i dichiara/ano di aver letto l'informativa dietro riportata e di aver compreso che la natura e la finalità del trattamento da parte della CASPIE dei propri dati personali e sensibili avviene esclusivamente per le finalità di assistenza sanitaria integrativa e con le modalità indicate nella stessa informativa.

Data..... Firma del Titolare.....e dei familiari maggiorenni .....

In caso di suo espresso consenso al riguardo, alcuni dati, non sensibili, potranno essere utilizzati dalla CASPIE per migliorare i rapporti con gli assistiti o per inviare comunicazioni ed informazioni relative alle proprie attività e prossime iniziative (ad esempio pubblicazioni e riviste periodiche della Cassa).

\_\_\_ Concedo il consenso

\_\_\_ Nego il consenso

Data \_\_\_\_\_

Firma del Titolare \_\_\_\_\_

## **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

La CASPIE Cassa di Assistenza Sanitaria CF 97288610583, Titolare del Trattamento dei Dati Personali, La informa, come previsto dal regolamento (UE) 2016/679 (di seguito il DGPR), che i suoi dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità di seguito indicate. A tal fine, di seguito forniamo una precisa informativa, unitamente al modulo di adesione alla CASPIE, contenente anche il riquadro per la presa visione, che Le chiediamo di compilare, di sottoscrivere, di far leggere e sottoscrivere dai suoi familiari maggiorenni (intendendo tutti i nominativi degli assistiti) ai quali i dati eventualmente si riferiscono.

La invitiamo inoltre a trattenere copia del modulo che, debitamente compilato anche dai propri familiari maggiorenni (quando necessario), verrà restituito alla CASPIE.

I dati personali in possesso della CASPIE sono:

- forniti direttamente dall'assistito (come nel caso dei dati di tipo sanitario),
- oppure sono raccolti per il tramite dell'azienda da cui l'interessato dipende, al momento dell'avvio del rapporto di lavoro; successivamente nel corso del prosieguo del rapporto di lavoro quando si verificano variazioni definitive o provvisorie dei dati stessi, quando la stessa azienda è parte attiva in alcune fasi della procedura di rimborso.

Le informazioni raccolte riguardano: i dati anagrafici, la qualifica aziendale se comunicata, le generalità dei familiari e/o componenti il nucleo assistito, le certificazioni mediche soggette a rimborsi.

Per l'adempimento degli specifici obblighi assistenziali assunti, la CASPIE viene necessariamente a conoscenza di tali dati, personali e sanitari, senza dei quali non sarebbe possibile il completo rimborso delle spese mediche sostenute ed una corretta gestione delle relative pratiche.

Può accadere inoltre che la CASPIE, sempre nel trattamento dei documenti e dati sanitari indispensabili per l'espletamento delle pratiche di rimborso (ad esempio, certificati di gravidanza e maternità; certificati di invalidità e appartenenza a categorie protette), possa venire occasionalmente in possesso anche di altri dati che, per la loro natura, il DGPR definisce "particolari" (in quanto da questi dati possono eventualmente desumersi l'origine razziale ed etnica dell'interessato, le sue convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni di carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché aspetti relativi alla vita sessuale).

Per il trattamento dei Suoi dati sanitari e di eventuali altri dati di natura "particolare", ove strettamente necessari per l'erogazione di prestazioni e servizi della CASPIE, il DGPR richiede Le sia data la presente specifica informativa, per l'avvenuta presa visione della quale, La preghiamo di apporre la Sua sottoscrizione nell'allegato modulo.

I dati sono trattati, mediante l'impiego di idonee misure di sicurezza e riservatezza, nell'ambito della normale attività di assistenza sanitaria integrativa della CASPIE, attraverso l'utilizzo di strumenti anche informatici e telematici e con modalità strettamente correlate, in particolare, al perseguimento delle finalità di:

- gestione delle pratiche di rimborso delle spese sanitarie sostenute,
- erogazione del servizio di consultazione dei dati sanitari, eventualmente attivato dall'assistito,
- fornitura degli altri servizi di urgenze e prenotazioni di prestazioni sanitarie, consulenza sanitaria, assistenza domiciliare, ecc.,
- adempimento di obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalle normative comunitarie, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo.

Salva diversa indicazione dell'interessato, alcuni dati, non sensibili, possono essere utilizzati dalla CASPIE per migliorare i rapporti con gli assistiti o per inviare comunicazioni ed informazioni relative alle proprie attività e prossime iniziative (ad esempio, pubblicazioni e riviste periodiche della Cassa).

Per lo svolgimento di diverse attività la CASPIE ha l'esigenza di comunicare alcuni dati degli assistiti anche a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli, in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento, per l'effettuazione di lavorazioni necessarie per l'erogazione delle prestazioni o dei servizi richiesti, o per svolgere attività di supporto al funzionamento ed all'organizzazione del lavoro d'ufficio e delle pratiche di rimborso in genere.

In particolare, i dati sanitari forniti dagli assistiti non sono divulgati a terzi e possono essere comunicati, per la gestione, l'omologazione e la liquidazione delle richieste di rimborso, soltanto a:

- specialisti medici o consulenti comunque esercenti le professioni sanitarie,
- compagnie di assicurazioni collegate alla CASPIE e loro società di servizi,
- in casi particolari, società di intermediazione assicurativa, consulenti legali e fiscali.

Alle società o compagnie convenzionate con la CASPIE per l'erogazione degli altri servizi di urgenze e prenotazioni di prestazioni sanitarie, consulenza sanitaria, assistenza domiciliare, ecc. sono comunicati solo i dati anagrafici necessari a comprovare l'adesione alla Cassa. L'elenco di tali specifici soggetti, società e professionisti è comunque disponibile dietro semplice richiesta al Responsabile della Protezione dei Dati, "Data Protection Officer – DPO" di CASPIE scrivendo a [dpo@caspie.eu](mailto:dpo@caspie.eu).

In qualsiasi momento, l'assistito potrà verificare i dati che lo riguardano, ed eventualmente farli correggere, aggiornare o cancellare o rettificare o, se vi è interesse, ad integrare o limitare (ai sensi degli artt 15-20 del DGPR), scrivendo o contattando la CASPIE ai recapiti sopra indicati.

Per qualsiasi ulteriore informazione relativa al trattamento dei Suoi dati personali, può consultare il link "GDPR" nella pagina <https://www.caspioonline.eu> o inviare una e-mail all'indirizzo di posta elettronica [dpo@caspie.eu](mailto:dpo@caspie.eu)



con la giusta serenità.

## ALLEGATO 4

### SCHEMA DI ADESIONE ALTRE CATEGORIE

**RICHIESTA DI ADESIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ (telefono) \_\_\_\_\_ (IBAN)

\_\_\_\_\_ (Indirizzo e-mail) il quale alla data del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2023 risulta appartenente alla categoria:

**DOCENTI**     **RICERCATORI**     **ASSEGNISTI**     **BORSISTI**

chiede di aderire alla sotto indicata assistenza sanitaria della CASPIE a decorrere dal ..... (barrare l'assistenza prescelta):

<input type="checkbox"/>	<p><b>Disciplinare A – BASE</b>          € 355,60 annui per il titolare          € 266,70 annui pro/capite per il coniuge o convivente, unico figlio in famiglia monogenitoriale, familiare non fiscalmente a carico          € 533,40 annui per il nucleo a carico convivente</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>Disciplinare B – PREMIUM</b>          € 622,30 annui per il titolare          € 466,73 annui pro/capite per il coniuge o convivente, unico figlio in famiglia monogenitoriale, familiare non fiscalmente a carico          € 933,45 annui per il nucleo a carico convivente</p>

al fine di fruirla con i familiari con lui di seguito elencati:

Cognome e Nome	Rapporto di parentela con il richiedente	Data di nascita	Luogo di nascita	Sesso	Fiscalmente a carico	Convivente	Indirizzo completo					Codice fiscale
							Via / Piazza	n.	Cap	Città	PR	
1	TITOLARE	__/__/__			/	/						
2		__/__/__										
3		__/__/__										
4		__/__/__										
5		__/__/__										

Dichiara espressamente che i dati sopra indicati, con riferimento alla posizione di carico fiscale ed allo stato di convivenza, risultano corrispondenti alla realtà. Pertanto autorizza l'Università TOR VERGATA a trattene sulle proprie competenze l'importo relativo ai contributi assistenziali a carico dello scrivente per l'assistenza sanitaria erogata dalla CASPIE. Detto importo dovrà essere riconosciuto a nome del sottoscritto alla CASPIE stessa secondo le modalità da questa comunicate.

Dichiara altresì di ben conoscere la normativa sottoscritta tra la CASPIE e l'Università TOR VERGATA e di accettarla in ogni sua parte senza alcuna riserva od eccezione, con particolare riguardo a quanto contenuto nel Disciplinare relativamente ai termini di presentazione delle richieste di rimborso. Il/i sottoscritto/i dichiara/ano di aver letto l'informativa dietro riportata e di rilasciare il consenso al trattamento da parte della CASPIE dei propri dati personali e sensibili per le finalità di assistenza sanitaria integrativa e con le modalità indicate nella stessa informativa. Il sottoscritto/i dichiara/ano di aver letto l'informativa dietro riportata e di aver compreso che la natura e la finalità del trattamento da parte della CASPIE dei propri dati personali e sensibili avviene esclusivamente per le finalità di assistenza sanitaria integrativa e con le modalità indicate nella stessa informativa.

Data..... Firma del Titolare.....e dei familiari maggiorenni ..... / .....

In caso di suo espresso consenso al riguardo, alcuni dati, non sensibili, potranno essere utilizzati dalla CASPIE per migliorare i rapporti con gli assistiti o per inviare comunicazioni ed informazioni relative alle proprie attività e prossime iniziative (ad esempio pubblicazioni e riviste periodiche della Cassa).

\_\_\_ Concedo il consenso    \_\_\_ Nego il consenso    Data \_\_\_\_\_    Firma del Titolare \_\_\_\_\_

## **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

La CASPIE Cassa di Assistenza Sanitaria CF 97288610583, Titolare del Trattamento dei Dati Personali, La informa, come previsto dal regolamento (UE) 2016/679 (di seguito il DGPR), che i suoi dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità di seguito indicate. A tal fine, di seguito forniamo una precisa informativa, unitamente al modulo di adesione alla CASPIE, contenente anche il riquadro per la presa visione, che Le chiediamo di compilare, di sottoscrivere, di far leggere e sottoscrivere dai suoi familiari maggiorenni (intendendo tutti i nominativi degli assistiti) ai quali i dati eventualmente si riferiscono.

La invitiamo inoltre a trattenere copia del modulo che, debitamente compilato anche dai propri familiari maggiorenni (quando necessario), verrà restituito alla CASPIE.

I dati personali in possesso della CASPIE sono:

- forniti direttamente dall'assistito (come nel caso dei dati di tipo sanitario),
- oppure sono raccolti per il tramite dell'azienda da cui l'interessato dipende, al momento dell'avvio del rapporto di lavoro; successivamente nel corso del prosieguo del rapporto di lavoro quando si verificano variazioni definitive o provvisorie dei dati stessi, quando la stessa azienda è parte attiva in alcune fasi della procedura di rimborso.

Le informazioni raccolte riguardano: i dati anagrafici, la qualifica aziendale se comunicata, le generalità dei familiari e/o componenti il nucleo assistito, le certificazioni mediche soggette a rimborsi.

Per l'adempimento degli specifici obblighi assistenziali assunti, la CASPIE viene necessariamente a conoscenza di tali dati, personali e sanitari, senza dei quali non sarebbe possibile il completo rimborso delle spese mediche sostenute ed una corretta gestione delle relative pratiche.

Può accadere inoltre che la CASPIE, sempre nel trattamento dei documenti e dati sanitari indispensabili per l'espletamento delle pratiche di rimborso (ad esempio, certificati di gravidanza e maternità; certificati di invalidità e appartenenza a categorie protette), possa venire occasionalmente in possesso anche di altri dati che, per la loro natura, il DGPR definisce "particolari" (in quanto da questi dati possono eventualmente desumersi l'origine razziale ed etnica dell'interessato, le sue convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni di carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché aspetti relativi alla vita sessuale).

Per il trattamento dei Suoi dati sanitari e di eventuali altri dati di natura "particolare", ove strettamente necessari per l'erogazione di prestazioni e servizi della CASPIE, il DGPR richiede Le sia data la presente specifica informativa, per l'avvenuta presa visione della quale, La preghiamo di apporre la Sua sottoscrizione nell'allegato modulo.

I dati sono trattati, mediante l'impiego di idonee misure di sicurezza e riservatezza, nell'ambito della normale attività di assistenza sanitaria integrativa della CASPIE, attraverso l'utilizzo di strumenti anche informatici e telematici e con modalità strettamente correlate, in particolare, al perseguimento delle finalità di:

- gestione delle pratiche di rimborso delle spese sanitarie sostenute,
- erogazione del servizio di consultazione dei dati sanitari, eventualmente attivato dall'assistito,
- fornitura degli altri servizi di urgenze e prenotazioni di prestazioni sanitarie, consulenza sanitaria, assistenza domiciliare, ecc.,
- adempimento di obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalle normative comunitarie, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo.

Salva diversa indicazione dell'interessato, alcuni dati, non sensibili, possono essere utilizzati dalla CASPIE per migliorare i rapporti con gli assistiti o per inviare comunicazioni ed informazioni relative alle proprie attività e prossime iniziative (ad esempio, pubblicazioni e riviste periodiche della Cassa).

Per lo svolgimento di diverse attività la CASPIE ha l'esigenza di comunicare alcuni dati degli assistiti anche a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli, in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento, per l'effettuazione di lavorazioni necessarie per l'erogazione delle prestazioni o dei servizi richiesti, o per svolgere attività di supporto al funzionamento ed all'organizzazione del lavoro d'ufficio e delle pratiche di rimborso in genere.

In particolare, i dati sanitari forniti dagli assistiti non sono divulgati a terzi e possono essere comunicati, per la gestione, l'omologazione e la liquidazione delle richieste di rimborso, soltanto a:

- specialisti medici o consulenti comunque esercenti le professioni sanitarie,
- compagnie di assicurazioni collegate alla CASPIE e loro società di servizi,
- in casi particolari, società di intermediazione assicurativa, consulenti legali e fiscali.

Alle società o compagnie convenzionate con la CASPIE per l'erogazione degli altri servizi di urgenze e prenotazioni di prestazioni sanitarie, consulenza sanitaria, assistenza domiciliare, ecc. sono comunicati solo i dati anagrafici necessari a comprovare l'adesione alla Cassa. L'elenco di tali specifici soggetti, società e professionisti è comunque disponibile dietro semplice richiesta al Responsabile della Protezione dei Dati, "Data Protection Officer – DPO" di CASPIE scrivendo a [dpo@caspie.eu](mailto:dpo@caspie.eu).

In qualsiasi momento, l'assistito potrà verificare i dati che lo riguardano, ed eventualmente farli correggere, aggiornare o cancellare o rettificare o, se vi è interesse, ad integrare o limitare (ai sensi degli artt 15-20 del DGPR), scrivendo o contattando la CASPIE ai recapiti sopra indicati.

Per qualsiasi ulteriore informazione relativa al trattamento dei Suoi dati personali, può consultare il link "GDPR" nella pagina <https://www.caspioonline.eu> o inviare una e-mail all'indirizzo di posta elettronica [dpo@caspie.eu](mailto:dpo@caspie.eu)