



SERVIZIO PERSONALE  
INQUADRAMENTO NORMATIVO ED ECONOMICO (818)  
DIVISIONE SERVIZI PER IL PERSONALE (018)

Rifer. a nota n.		del	AI CAPI DEI SERVIZI E DELLE FILIALI AL PRESIDENTE DELLA C.S.R. AL PRESIDENTE DEL C.A.S.C.
Classificazione	XIII	2	11

Al Dottor Stefano Carcascio  
Delegato Banca d'Italia  
39, King Street  
2V 8JJ London E.C. --  
United Kingdom

Al Dottor Marco Martella  
Delegato Banca d'Italia  
800 Third Avenue - 26th Floor  
10022 New York - N.Y. -  
U.S.A.

Al Delegato BI dr. Pietro Ginefra  
Ark Mori Build. West Wing 27th fl.  
12-32, Akasaka 1-CHOME-MINATO-KU  
- Tokyo 107 -  
Japan

Oggetto Assistenza sanitaria in favore del personale.

Si comunica che la Banca ha stipulato in data 26 giugno 2012 con la Cassa Previgén Assistenza un contratto per l'assistenza sanitaria in favore del personale in servizio e in quiescenza e dei rispettivi nuclei familiari per il periodo 1.7.2012-30.6.2014, eventualmente prorogabile sino al 30.6.2015.

Il contratto garantisce **continuità di assistenza** rispetto alla convenzione con la CASPIE, in vigore sino al 30 giugno 2012<sup>1</sup>.

Il termine per le adesioni è fissato al **10 agosto 2012** (cfr. infra TERMINI E CONDIZIONI DI ADESIONE). Le adesioni dovranno essere comunicate formalmente alla Banca con le modalità dettagliatamente descritte nell'allegato 5.

L'adesione alle diverse assistenze è irrevocabile per l'intero periodo di vigenza del contratto con la Previgén. Allo stesso modo la mancata adesione alle diverse assistenze con decorrenza 1° luglio 2012 impedisce, per tutti i soggetti assistibili, il successivo inserimento in assistenza nel corso del periodo di vigenza del contratto con la Previgén.

**In assenza di comunicazioni ENTRO IL 10 AGOSTO 2012, le assistenze non verranno attivate.**

<sup>1</sup> Si ricorda che il nuovo servizio di assistenza sanitaria oggetto del contratto con la Previgén è **del tutto autonomo** rispetto all'"Assistenza Aggiuntiva CASPIE" eventualmente sottoscritta dai dipendenti/pensionati.



## ASSISTENZE

Il contenuto delle prestazioni garantite è riportato negli allegati "Disciplinari", relativi alle seguenti Assistenze:

- Assistenza Base;
- Assistenza Opzione plus;
- Assistenza Grandi rischi pensionati.

### **Assistenza Base**

E' prestata in favore di:

- **dipendenti (attualmente iscritti e non iscritti)**, coniuge e figli fiscalmente a carico, anche non conviventi.

Al riguardo si rammenta che i titolari di assegno di sostegno al reddito alla data dell'1.7.2012 sono, a tali fini, equiparati ai dipendenti.

I dipendenti che, alla data dell'1.7.2012, si trovino in aspettativa per assunzione di impieghi in Italia o all'estero, per la frequenza di corsi di studio in Italia o all'estero ovvero per l'assunzione di cariche politiche, amministrative o sindacali non possono essere iscritti ad alcuna assistenza; al rientro in servizio durante il periodo di vigenza del contratto con la Previgén, essi potranno aderire entro il termine di 30 giorni dalla data di rientro in servizio (cfr. all. 6 Variazioni in entrata e in uscita);

- **pensionati** diretti (compresi i "capitalizzati al 100%" e i "differiti"), coniuge e figli fiscalmente a carico, anche non conviventi.

Possono iscriversi a tale assistenza i pensionati<sup>2</sup>:

- già iscritti all'"Assistenza 2 - Pensionati" al 30.6.2012;
- già iscritti nel 2012 all'"Assistenza 1 - Dipendenti" e cessati dal servizio entro il 30.6.2012;
- già iscritti al 31.12.2011 all'"Assistenza 3 - Grandi Rischi Pensionati" provenendo dall'"Assistenza 1 - Dipendenti" o dall'"Assistenza 2 - Pensionati" al 31.12.2010;
- già iscritti al 31.12.2011 all'"Assistenza 1 - Dipendenti" o all'"Assistenza 2 - Pensionati" e che abbiano rinunciato alla copertura CASPIE per il semestre 1.1.2012-30.6.2012;
- già iscritti al 31.12.2011 all'"Assistenza 1 - Dipendenti" e cessati senza aver avanzato richiesta di prosecuzione.

Durante la vigenza del contratto con la Previgén, potranno inoltre iscriversi i dipendenti già iscritti all'assistenza Base che cesseranno dal servizio con diritto a pensione avanzando richiesta di prosecuzione;

---

<sup>2</sup> Per i pensionati che all'1.7.2012 abbiano superato il 75° anno di età è **obbligatoria** la compilazione del questionario anamnestico (cfr. infra QUESTIONARIO ANAMNESTICO).



- **altri familiari** di dipendenti e pensionati iscritti nell'assistenza Base (c.d. "familiari facoltativamente assistibili"): coniuge e figli fiscalmente non a carico, anche non conviventi; altri parenti e affini entro il 3° grado, convivente more uxorio da almeno tre anni e figli del convivente more uxorio - sia fiscalmente a carico sia fiscalmente non a carico - a condizione che siano anagraficamente conviventi con il dipendente/pensionato.

L'iscrizione di un "altro familiare" è facoltativa e comporta l'obbligo di inserimento in assistenza di tutti gli "altri familiari" assistibili rientranti nello stato di famiglia del dipendente/pensionato e nello stato di famiglia del coniuge/figlio che si intenda inserire qualora non convivente con il dipendente/pensionato, ad eccezione:

- dei familiari che beneficino di un'"analoga assistenza" (cioè di altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro di uno di essi);
- del convivente more uxorio e dei figli di questo. Peraltro, l'inserimento in assistenza di uno di tali soggetti comporta l'obbligatoria inclusione di tutti i familiari assistibili rientranti nello stato di famiglia del dipendente/pensionato.

### **Assistenza Opzione plus**

E' prestata **A INTEGRAZIONE** dell'assistenza "Base", a richiesta del dipendente/pensionato, in favore del dipendente/pensionato nonché del coniuge e dei figli fiscalmente a carico inseriti nell'assistenza "Base".

Può essere estesa, con le medesime prescrizioni descritte per l'assistenza Base, anche agli altri "familiari facoltativamente assistibili", sia a carico fiscale sia non a carico fiscale, inseriti nell'assistenza "Base". L'adesione di tali soggetti è subordinata all'iscrizione nella medesima assistenza Opzione plus del dipendente/pensionato nonché del coniuge e dei figli fiscalmente a carico.

### **Assistenza Grandi rischi pensionati**

E' prestata in favore dei pensionati diretti (compresi i "capitalizzati al 100%" e i "differiti") fino all'età di 75 anni, nonché in favore del coniuge anagraficamente convivente (anche se fiscalmente non a carico) fino all'età di 75 anni.

Possono aderire a tale assistenza i pensionati diretti iscritti o meno alle vigenti assistenze.

Inoltre, durante il periodo di vigenza del contratto con la Previden, potranno aderire i dipendenti, iscritti o meno, che cesseranno dal servizio con diritto a pensione e optino per tale soluzione.



L'adesione a tale assistenza è, per i pensionati, **ALTERNATIVA** rispetto a quella all'assistenza "Base" e "Opzione plus".

L'assistenza "Grandi rischi pensionati" viene prestata, nei confronti dell'intero nucleo assistibile, fino al termine dell'annualità in cui il pensionato raggiunge il 75° anno di età; l'estensione al coniuge cessa comunque al termine dell'annualità in cui il medesimo raggiunga il 75° anno di età.

L'assistenza "Grandi rischi pensionati" può essere estesa facoltativamente in favore dei figli fiscalmente a carico e anagraficamente conviventi con il pensionato. L'inserimento di un figlio comporta l'obbligatoria inclusione di tutti gli altri figli fiscalmente a carico e anagraficamente conviventi con il pensionato, fatta eccezione per quelli che beneficino di "analoga assistenza" (cioè di altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro di uno di essi).

#### ASPETTATIVA

Si richiama l'attenzione sulla circostanza che nei casi indicati nei "Disciplinari" e nell'Allegato 5, l'intervento della Previgén è subordinato a un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni (1/7/2012) di:

- 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, l'assistenza decorre dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assistenza stessa, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo tale data;
- 180 giorni per le malattie che siano la conseguenza di stati patologici diagnosticati o curati anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.

#### QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Ai fini dell'**inserimento** nell'assistenza Base ed eventualmente nell'assistenza Opzione plus **sono obbligati alla compilazione del questionario anamnestico** riportato in allegato (all. n. 4):

- i soggetti assistiti che all'1.7.2012 abbiano compiuto 75 anni;
- i familiari del dipendente/pensionato, anche di età inferiore a 75 anni, diversi da coniuge, figli, convivente more uxorio e figli di questo, fratello/sorella, che si intenda inserire nell'assistenza senza continuità con una precedente copertura assistenziale.

Per tali soggetti il diritto alle prestazioni è quindi subordinato all'accettazione scritta della Previgén.

Analogamente, il questionario deve essere presentato, ai fini della **permanenza** in assistenza, dagli Assistiti che compiano 75 anni durante il periodo di vigenza del contratto con la Previgén.

Si richiama l'attenzione sul fatto che **il mancato invio alla Previgén del questionario da parte degli interessati comporta l'impossibilità di fruire dell'assistenza.**



Per l'assistenza "Grandi rischi pensionati" non è, invece, prevista la compilazione del questionario in quanto tale assistenza cessa comunque al compimento del 75° anno di età.

Il questionario - unitamente al consenso al trattamento dei dati sensibili - dovrà essere inviato senza indugio, a cura degli interessati, direttamente alla Previgen Assistenza, via Marocchesa 14 - stanza L1 129 - 31021 Mogliano Veneto (TV), in busta chiusa recante la dicitura "Riservata - Contiene dati sanitari", ovvero spedito a Previgen Assistenza con modalità web all'indirizzo di posta elettronica **questionario\_over75@generali.it**

Il mantenimento integrale delle prestazioni può, in tali casi, subire delle limitazioni ove la Previgen comunichi per iscritto all'interessato le proprie motivate determinazioni in proposito.

#### LEGGE 104/1992

I dipendenti/pensionati - interessati alle agevolazioni<sup>3</sup> previste in presenza di un familiare portatore di handicap grave ai sensi della Legge 104/1992 ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale o lavorativa - dovranno produrre idonea documentazione, allegando altresì il consenso al trattamento dei dati sensibili di cui all'allegato 8, direttamente alla Previgen Assistenza, via Marocchesa 14 - stanza L1 129 - 31021 Mogliano Veneto (TV), in busta chiusa recante la dicitura "Riservata - Contiene dati sanitari", ovvero spedito a Previgen Assistenza con modalità web all'indirizzo di posta elettronica **comunico\_disabilità@generali.it**

#### PRINCIPALI INNOVAZIONI

Nel fare rinvio, per una completa informativa, ai contenuti analitici dei "Disciplinari" e all'ulteriore documentazione allegata alla presente nota, si sottolinea che:

- nell'assistenza Base, per i nuclei familiari con tre o più figli fiscalmente a carico, il limite di assistenza annuo di € 160.000,00 è elevato a € 200.000,00;
- è stato introdotto, nell'assistenza Base e nell'assistenza Opzione plus, **per i soli dipendenti titolari**, il rimborso delle spese documentate nell'ambito della "Long Term Care" (cfr. allegato 1 - Assistenza Base, art. 4 lettera G; allegato 2 - Assistenza Opzione plus, art. 4 lettera E; allegato 7 Long Term Care);
- l'assistenza relativa alle "prestazioni specialistiche" e agli "interventi ambulatoriali" è ora prevista **esclusivamente** nell'assistenza Opzione plus.

\* \* \*

<sup>3</sup> Cfr. Allegato 1 - Assistenza Base, art. 3 e art. 4 lettera C.



Tutte le assistenze di cui sopra entrano in vigore il 1° luglio 2012<sup>4</sup>. Il periodo di vigenza delle assistenze è ripartito in due "annualità assistenziali" che vanno dal 1° luglio al 30 giugno, anche ai fini dell'applicazione di scoperti e franchigie e dei limiti di assistenza<sup>5</sup>.

## CONTRIBUTI

La misura e le modalità di versamento dei contributi sono le seguenti:

### **Assistenza base**

- dipendenti, coniuge e figli fiscalmente a carico, anche non conviventi:  
**€ 1.205,00 annui** (di cui € 1.180,00 a carico della Banca e € 25,00 a carico del dipendente) per il dipendente, il coniuge e i figli fiscalmente a carico. La quota a carico del dipendente verrà trattenuta a valere sulle competenze del mese di settembre di ciascuna annualità assistenziale;
- pensionati, coniuge e figli fiscalmente a carico, anche non conviventi:  
**€ 2.217,20 annui** a carico:
  - .  della Banca, per i pensionati diretti, coniuge e figli fiscalmente a carico.  
Ai pensionati iscritti verrà inoltre riconosciuto un importo lordo di € 94,84, pari alla differenza tra la misura media lorda del contributo per spese sanitarie (€ 2.312,04) e il predetto contributo di € 2.217,20<sup>6</sup>;
  - .  degli interessati, per i pensionati "capitalizzati al 100%" e "differiti". La quota dovrà essere versata dagli interessati in un'unica rata annuale entro il mese di agosto di ciascun anno;

<sup>4</sup> **Con riferimento alla convenzione con la CASPIE in scadenza al 30 giugno 2012, per le spese sostenute oltre tale data si precisa quanto segue:**

- **le prestazioni connesse a ricoveri avvenuti entro il 30 giugno prossimo (cfr. art. 4, lettera A, dei disciplinari delle Assistenze "1 Dipendenti" e "2 Pensionati" e art. 4, lettere A e C dell'Assistenza "3 Grandi rischi pensionati") saranno riconosciute dalla CASPIE - nei limiti previsti dai disciplinari stessi - anche se le eventuali spese saranno sostenute oltre il 30 giugno;**
- **per le altre prestazioni, invece, la CASPIE rimborserà unicamente le spese sostenute entro il 30 giugno.**

<sup>5</sup> Nel caso in cui nell'assistenza Opzione plus siano previste prestazioni già contenute nell'assistenza Base, i massimali dell'"Opzione plus" ricomprendono quelli della "Base".

<sup>6</sup> Nei confronti di coloro che hanno rinunciato alla copertura CASPIE per il primo semestre 2012 e che aderiscono a partire dall'1.7.2012 verrà recuperato in due rate quanto corrisposto in eccedenza a titolo di contributo per spese sanitarie.



- altri familiari di dipendenti e pensionati (c.d. "familiari facoltativamente assistibili"):  
**€ 867,60 annui**, interamente a carico del dipendente/pensionato, per ciascun familiare facoltativamente assistito, da versare alla Previgén in 12 rate mensili dell'importo di € 72,30. Le relative quote verranno trattenute al dipendente/pensionato a valere sulle competenze dei mesi da luglio a giugno; per la sola annualità 1.7.2012-30.6.2013, le trattenute verranno operate nei mesi da settembre a giugno e nei mesi di settembre e ottobre 2012 saranno trattenute due rate.  
Riguardo ai pensionati "capitalizzati al 100%" e ai "differiti", le relative quote dovranno essere versate dagli interessati in un'unica rata annuale di € 867,60 per ciascun familiare entro il mese di agosto di ciascun anno.

### **Assistenza Opzione plus**

- dipendenti/pensionati, coniuge e figli fiscalmente a carico, anche non conviventi:  
**€ 337,40 annui** per nucleo assistito, interamente a carico del dipendente/pensionato, da versare alla Previgén in 11 rate mensili dell'importo di € 28,11 e una rata (l'ultima) pari a € 28,19.  
Le relative quote verranno trattenute al dipendente/pensionato a valere sulle competenze dei mesi da luglio a giugno; per la sola annualità 1.7.2012-30.6.2013, le trattenute verranno operate nei mesi da settembre a giugno e nei mesi di settembre e ottobre 2012 saranno trattenute due rate.  
Riguardo ai pensionati "capitalizzati al 100%" e ai "differiti", le relative quote dovranno essere versate dagli interessati in un'unica rata annuale entro il mese di agosto di ciascun anno;
- altri familiari di dipendenti e pensionati (c.d. "familiari facoltativamente assistibili"):  
**€ 241,00 annui**, interamente a carico del dipendente/pensionato, per ciascun familiare facoltativamente assistito, da versare alla Previgén in 11 rate mensili dell'importo di € 20,08 e una rata (l'ultima) pari a € 20,12.  
Le relative quote verranno trattenute al dipendente/pensionato a valere sulle competenze dei mesi da luglio a giugno; per la sola annualità 1.7.2012-30.6.2013, le trattenute verranno operate nei mesi da settembre a giugno e nei mesi di settembre e ottobre 2012 saranno trattenute due rate.  
Riguardo ai pensionati "capitalizzati al 100%" e ai "differiti", le relative quote dovranno essere versate dagli interessati in un'unica rata annuale di € 241,00 per ciascun familiare entro il mese di agosto di ciascun anno.



### Assistenza Grandi rischi pensionati

- € 289,20 annui per il pensionato e il coniuge convivente ed € 144,60 annui per ciascun figlio fiscalmente a carico e convivente facoltativamente assistito, a carico:
  - della Banca, nei limiti di € 2.312,04, per i pensionati diretti, coniuge convivente e figli fiscalmente a carico e conviventi.

La Banca riconoscerà inoltre ai pensionati iscritti un importo lordo pari alla differenza tra la misura media lorda del contributo per spese sanitarie (€ 2.312,04) e il contributo dovuto per il nucleo assistito<sup>7</sup>;
  - degli interessati, per i pensionati "capitalizzati al 100%" e "differiti". La quota dovrà essere versata dagli interessati in un'unica rata annuale, pari alla somma dei contributi dovuti, entro il mese di agosto di ciascun anno.

\* \* \*

Si rammenta, per quanto ovvio, che nel caso in cui, nel prospetto paga/pensione mensile, il recupero dei contributi in questione concorra a determinare un "netto a pagare" negativo, l'interessato dovrà versare per cassa la differenza ovvero autorizzare l'addebito di un pari importo sul suo conto corrente in essere presso la Cassa di Sovvenzioni e Risparmio.

### TRATTAMENTO CONTRIBUTIVO E FISCALE

In tema di trattamento contributivo e fiscale delle somme versate per l'assistenza sanitaria, si rammenta che le contribuzioni a carico del datore di lavoro non concorrono alla determinazione del reddito dell'assistito, né ai fini contributivi né - entro un limite annuo che per il 2012 è pari a € 3.615,20 - ai fini fiscali, mentre tutte le contribuzioni a carico dell'assistito sono deducibili dal reddito imponibile ai fini fiscali entro il medesimo, unico limite annuo.

Per quanto riguarda la detraibilità dall'IRPEF delle spese sostenute, nella misura del 19%, essa è limitata alle sole spese non rimborsate (purché le stesse, ovviamente, godano della detraibilità in base alla vigente normativa fiscale) ed eccedenti - nel 2012 - l'importo annuo di € 129,11.

### CARICHI FISCALI

Lo status fiscale da considerare ai fini dell'inserimento di coniuge e figli nelle assistenze per ciascun periodo assistenziale (1.7-30.6) è convenzionalmente quello relativo all'anno solare precedente; pertanto, per gli inserimenti riguardanti la prima annualità assistenziale si dovrà far riferimento alla posizione fiscale relativa al 2011.

<sup>7</sup> Nel 2012 la misura del contributo per spese sanitarie terrà conto dell'importo già erogato nel mese di gennaio 2012.





Variazioni di posizione fiscale relative all'anno 2012 potranno essere segnalate entro il 15 maggio 2013 e varranno per l'annualità assistenziale 1.7.2013-30.6.2014.

#### TERMINI E CONDIZIONI DI ADESIONE

**E' disponibile in Siparium l'applicazione per le adesioni alle nuove assistenze<sup>8</sup>.**

I **dipendenti** devono effettuare i seguenti 4 passi:

- aprire la cartella "Benefit e Anticipi IFR";
- selezionare "Assistenza Sanitaria";
- cliccare sul link "Adesione Assistenza Sanitaria Previgen";
- compilare il modulo, firmare digitalmente e consolidare premendo il pulsante "salva e invia".

Per eventuali necessità o chiarimenti **i dipendenti dovranno rivolgersi all'unità che svolge compiti di segreteria.**

I **pensionati, i titolari di assegno di sostegno al reddito, i dipendenti che cesseranno dal servizio dall'1.7.2012** nonché i **dipendenti che non possono utilizzare una postazione oppure che sono assenti in via prolungata dal servizio** dovranno compilare il modulo cartaceo (allegato 11) che sarà consegnato, entro il citato termine del **10 agosto 2012**, a cura dell'interessato alla Filiale/Unità segretariale di riferimento; per eventuali necessità o chiarimenti **tali soggetti dovranno rivolgersi alla Filiale/Unità segretariale di riferimento.** Quest'ultima provvederà **TEMPESTIVAMENTE** a inserire la domanda di adesione attraverso la funzionalità del "lavora per" **entro il 10 agosto 2012**; peraltro, per consentire alle unità che svolgono compiti di segreteria di inserire in Siparium le richieste di adesione pervenute in prossimità del termine del 10 agosto 2012, la funzionalità del "lavora per" sarà comunque attiva fino al **20 agosto 2012.**

**A supporto delle unità che svolgono compiti di segreteria** è disponibile il numero dedicato 06.4792.9818 (per chiamate interne 9818), dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00 dei giorni lavorativi, nel periodo utile per l'inserimento delle adesioni.

\* \* \*

#### VARIAZIONI IN ENTRATA E IN USCITA

Sono previste alcune limitate fattispecie, tassativamente indicate, nelle quali sono eccezionalmente consentiti l'inserimento, la variazione o la cessazione dell'assistenza nel

<sup>8</sup> E' inibita la possibilità di effettuare variazioni relative alle assistenze oggetto della convenzione con la CASPIE in scadenza al prossimo 30 giugno. Per eventuali necessità le unità che svolgono compiti di segreteria potranno contattare il numero telefonico dedicato (cfr. infra).



corso del periodo di vigenza del contratto con la Previgen. Tali fattispecie sono dettagliatamente disciplinate nell'allegato 6<sup>9</sup>.

#### SITO WEB

A far tempo dal 1° luglio 2012, gli assistiti potranno accedere al sito web della Previgen presso l'indirizzo [www.aongate.it/bancaitalia](http://www.aongate.it/bancaitalia) attraverso il quale sarà possibile consultare l'elenco aggiornato dei centri e dei sanitari convenzionati.

Una volta che la Banca avrà fornito alla Previgen i dati anagrafici degli assistiti, questi potranno accedere al citato sito web per accreditarsi nell'area riservata e scaricare, oltre al predetto elenco dei centri e dei sanitari convenzionati, le condizioni generali di assistenza e la modulistica necessaria per le richieste di erogazione delle prestazioni sanitarie. Inoltre, saranno consentiti:

- la trasmissione via web della richiesta di rimborso con scansione della fattura (quindi senza spedizione di originali);
- la visualizzazione dello status delle pratiche trasmesse e dei rimborsi disposti a favore degli assistiti;
- l'estrazione dei dati (es.: massimali residui, totale rimborsi ottenuti per tipologie) direttamente dal sistema;
- l'invio agli assistiti - che abbiano integrato con il numero di telefono la propria situazione anagrafica risultante sul portale - di SMS come aggiornamento dello stato della richiesta di rimborso;
- la disponibilità per gli assistiti di un archivio elettronico per le pratiche gestite via web con possibilità di stampare le fatture e le comunicazioni archiviate;
- la visualizzazione dei dati anagrafici del proprio nucleo familiare assistito; **la modifica dell'indirizzo di posta elettronica, del codice IBAN e dell'indirizzo anagrafico;** l'inserimento dei numeri di telefono fisso e cellulare.

Sul punto, nel segnalare che la Banca invierà progressivamente alla Previgen i dati del personale che aderirà alla nuova assistenza sanitaria, si sottolinea che **la pronta**

<sup>9</sup> In caso di decesso del dipendente/pensionato, le assistenze attive rimangono in essere fino al 30 giugno successivo al decesso. I contributi sono pertanto dovuti per l'intera annualità assistenziale e, qualora non ancora versati, verranno recuperati in unica soluzione in occasione della prima liquidazione utile.

In tale ipotesi i familiari assistiti hanno la facoltà di proseguire - con richiesta da formulare entro 30 giorni dal decesso - nelle assistenze nelle quali sono inseriti fino alla scadenza del contratto con la Previgen, con onere a loro esclusivo carico. A tal fine uno dei familiari deve "subentrare" nella posizione assistenziale del deceduto, con obbligo di versare il contributo nella misura in precedenza prevista per il deceduto stesso.



**adesione consentirà agli interessati di fruire quanto prima delle funzionalità web.**

Per poter consentire ai dipendenti/pensionati iscritti l'accesso all'area riservata del sito web, la Banca fornirà alla Previgén, solo in occasione dell'avvio del contratto:

- per i dipendenti, gli indirizzi di posta elettronica aziendale;
- per i pensionati, gli indirizzi già forniti dagli stessi alla Banca per l'accesso a GAIA via Internet.

Per l'accreditamento i dipendenti/pensionati dovranno seguire le istruzioni riportate nell'allegato 9.

I titolari di assegno di sostegno al reddito iscritti e i pensionati iscritti dei quali la Banca non dispone di indirizzo di posta elettronica dovranno inviare un'e-mail alla Previgén all'indirizzo `info_registrazione_aoncare@generali.it` chiedendo supporto per la registrazione e indicando un numero telefonico a cui essere ricontattati.

#### RICHIESTE DI RIMBORSO

Le richieste di rimborso per spese sostenute dall'1.7.2012, complete della relativa documentazione, dovranno essere inviate a Previgén Assistenza tramite il menzionato sito web (`www.aongate.it/bancaitalia`), seguendo le indicazioni di cui all'allegato 9. Sarà altresì possibile utilizzare il modulo cartaceo<sup>10</sup> (all. 10) che andrà spedito a cura dell'interessato direttamente a Previgén Assistenza c/o AON Hewitt, Via Andrea Ponti 8/10 - 20143 MILANO.

Secondo quanto indicato nei "Disciplinari", il rimborso è effettuato dalla Previgén direttamente all'interessato entro il termine di 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa e regolare. Nei casi di ritardo, la Previgén corrisponderà una maggiorazione automatica del rimborso pari allo 0,02% della somma dovuta per ogni giorno di calendario.

Al fine di semplificare la liquidazione delle pratiche di rimborso, la Banca fornirà alla Previgén, solo in occasione dell'avvio del contratto, i codici IBAN dei conti correnti R.P. in essere presso la C.S.R. sui quali vengono attualmente versate le competenze di ciascun dipendente/pensionato iscritto. Tali codici IBAN potranno essere modificati dagli interessati mediante comunicazione diretta alla Previgén - anche tramite il sito web - in qualsiasi momento ovvero in occasione della presentazione di richieste di rimborso.

\* \* \*

Con l'adesione alle assistenze, i soggetti interessati **acconsentono** al trattamento dei dati personali, compresa la trasmissione alla Previgén dei dati relativi all'indirizzo mail e al codice IBAN sopra indicati.

Per coloro che verranno assunti dopo il termine del 10 agosto 2012, la comunicazione degli estremi IBAN dovrà essere

<sup>10</sup> Tale modulo sarà disponibile anche nell'Intranet locale del Servizio Pine - Siparium documentazione di supporto - Assistenza sanitaria.



effettuata dai dipendenti stessi tramite il portale di Previgien oppure in occasione della presentazione della prima richiesta di rimborso.

\* \* \*

Si richiama l'attenzione sul fatto che **a regime** le eventuali modifiche riguardanti l'**indirizzo anagrafico** e il **codice IBAN** non saranno segnalate dalla Banca alla Previgien; pertanto, gli assistiti dovranno comunicare tali modifiche **direttamente alla Previgien**, anche tramite il sito web. Gli assistiti dovranno altresì comunicare **direttamente alla Previgien**, anche tramite il sito web, le eventuali modifiche riguardanti l'**indirizzo di posta elettronica**.

\* \* \*

#### CENTRALE OPERATIVA

Per ogni evenienza connessa con le assistenze è possibile contattare la centrale operativa della Previgien al numero verde dedicato 800.774357 (dall'estero: 0039.02.67398302), attivo a partire dal 1° luglio 2012 dalle ore 9.00 alle ore 19.00 dei giorni lavorativi dal lunedì al venerdì, nonché, per le prestazioni mediche di emergenza, 24 ore su 24 anche nei giorni non lavorativi e festivi (all. 9).

#### RETE CONVENZIONATA

L'elenco dei centri e dei medici convenzionati con la Previgien è disponibile sul sito web sopra indicato; la centrale operativa è altresì disponibile per richieste di informazioni.

**Per l'attivazione delle "convenzioni dirette" occorrerà in ogni caso contattare preventivamente il citato numero verde, seguendo le istruzioni riportate nell'allegato 9.**

\* \* \*

La presente nota - il cui testo sarà disponibile nella normativa elettronica - aggiorna le Circolari n. 68/1989 e n. 210/1995 cap. III ed è altresì disponibile sulla Intranet aziendale, sezione Servizi, sottosezione PINE, Assistenza sanitaria in favore del personale, unitamente alla seguente documentazione:

- disciplinare relativo all'Assistenza Base (all. 1);
- disciplinare relativo all'Assistenza Opzione plus (all. 2);
- disciplinare relativo all'Assistenza Grandi rischi pensionati (all. 3);
- questionario anamnestico (all. 4);
- criteri di inserimento nelle diverse assistenze e modalità di adesione (all. 5);
- variazioni in entrata e in uscita (all. 6);
- Long Term Care (all. 7);



- Informativa e consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili - Previgen (all. 8);
- Vademecum per l'utilizzo dell'assistenza sanitaria Previgen (all. 9);
- modulo per la richiesta di rimborso delle spese sanitarie (all. 10);
- moduli per la richiesta di adesione per dipendenti e pensionati e informative ex art. 13 per il trattamento dei dati personali (all. 11).

Si raccomanda di portare tempestivamente il contenuto della presente comunicazione a conoscenza di tutti i dipendenti costì addetti, raccogliendo data e firma per presa visione. Copia della presente, completa degli allegati, dovrà essere spedita, a mezzo raccomandata a.r. o posta celere a.r., ai dipendenti assenti dal servizio dei quali non si preveda il rientro entro breve termine, richiamandoli altresì all'osservanza della scadenza del 10 agosto 2012. Per i pensionati e per i titolari di assegno di sostegno al reddito, l'informativa viene curata direttamente da questo Servizio.

Distinti saluti.

PER DELEGAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

firma 1

firma 2

**ASSISTENZA BASE**

**DISCIPLINARE  
PER L'EROGAZIONE AL PERSONALE IN SERVIZIO E  
IN QUIESCENZA  
DELLA BANCA D'ITALIA  
DI CONTRIBUTI ECONOMICI  
IN OCCASIONE DI SPESE SANITARIE PER  
MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO**

### **ART. 1 - ASPETTI GENERALI**

La Cassa Previggen Assistenza (in seguito denominata Cassa) aggiudicataria della gara per la stipula di un contratto avente ad oggetto l'erogazione di contributi economici a fronte di spese sanitarie del personale in servizio e in quiescenza della Banca d'Italia (di seguito denominata Banca) e dei rispettivi nuclei familiari, si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente disciplinare, ad erogare agli Assistiti di cui al successivo art. 2 rimborsi di spesa e contributi economici per i casi di malattia, infortunio e parto, secondo le norme di seguito indicate.

La durata del contratto è pari a due anni, dalle ore 00.00 del 1° luglio 2012 alle ore 24.00 del 30 giugno 2014. Il contratto può essere prorogato per un ulteriore anno al verificarsi delle condizioni e nei termini di cui all'art. 5, comma 2 del contratto stipulato tra la Cassa e la Banca.

E' sempre facoltà e libera scelta dell'assistito ottenere le prestazioni mediche coperte dall'assistenza secondo le modalità dell'assistenza diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista.

### **ART. 2 - ASSISTITI E OPERATIVITA' DEL DISCIPLINARE**

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo art. 4, è prestata a favore dei dipendenti in servizio ovvero cessati dal servizio con adesione alle misure di accompagnamento all'uscita previste dalla vigente normativa nonché dei pensionati diretti, ivi compresi i capitalizzati al 100% e i "differiti" che vi abbiano aderito (tutti di seguito definiti anche "Titolari dell'assistenza") e si estende, senza il pagamento di ulteriori quote, al coniuge ed ai figli fiscalmente a carico, siano o no conviventi con i titolari dell'assistenza. Condizioni e modalità di inserimento sono riportate nel contratto.

L'assistenza può inoltre includere, su richiesta del Titolare, e dietro pagamento di specifiche quote capitarie, il coniuge e i figli fiscalmente non a carico (anche se non conviventi), il convivente *more uxorio* e i figli di questo, nonché gli altri parenti ed affini entro il 3° grado, anagraficamente conviventi con il titolare dell'assistenza, siano o no a carico dello stesso.

L'inclusione in assistenza di tali familiari deve riguardare tutti quelli risultanti dallo stato di famiglia del titolare (purché a loro volta assistibili); nel caso di inclusione del coniuge o di un figlio fiscalmente non a carico e non conviventi, è obbligatoria l'inclusione anche degli altri figli e/o del coniuge del dipendente/ex dipendente anagraficamente conviventi con il coniuge/figlio che si intende inserire. Dall'obbligo di inserimento in assistenza di tutti i familiari assistibili sono esclusi:

- i familiari assistibili che beneficino di altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro di uno di essi ("analoga assistenza");
- il convivente *more uxorio* e i figli di questo. Peraltro, l'inserimento in assistenza di uno di tali soggetti comporta l'obbligatoria inclusione di tutti i familiari assistibili rientranti nello stato di famiglia del dipendente/ex-dipendente titolare dell'assistenza.

### **TRANNE CONIUGE E FIGLI, NESSUN PARENTE O AFFINE NON CONVIVENTE CON IL DIPENDENTE/EX DIPENDENTE TITOLARE DELL'ASSISTENZA PUO' ESSERE INSERITO IN ASSISTENZA.**

Gli Assistiti diversi da dipendente/ex-dipendente, coniuge, figli, convivente *more-uxorio* e figli di questo, fratello e sorella (fatta eccezione per coloro che aderiscono al presente disciplinare senza soluzione di continuità da precedente copertura assistenziale) e, comunque, tutti gli Assistiti al superamento del 75° anno di età, devono compilare e trasmettere alla Cassa un questionario anamnestico (all. 4). Il mantenimento integrale delle prestazioni può, in tali casi, subire delle limitazioni ove la Cassa espressamente e motivatamente comunichi per iscritto all'interessato proprie determinazioni in proposito. Rilevanti omissioni o dichiarazioni non veritiere dell'interessato, atte ad alterare significativamente il quadro informativo, potrebbero comportare la sospensione delle prestazioni della Cassa, salva successiva verifica in contraddittorio, e l'esclusione del rimborso dei contributi da questa nel frattempo versati in favore dell'assistito.

#### ***L'assistenza è operante:***

- senza limitazioni territoriali, in quanto vale per il mondo intero;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti, salve le possibili limitazioni connesse con l'esito della compilazione del questionario anamnestico di cui sopra;

- durante il permanere del rapporto (quale dipendente o quale pensionato) con la Banca. In caso di cessazione del rapporto senza titolo alla prosecuzione di cui all'art. 12, comma 6, lett. c) del contratto o senza che sia stata esercitata l'opzione per la prosecuzione stessa, l'assistenza opera fino alla fine dell'annualità assistenziale in cui è avvenuta la cessazione. In caso di decesso del dipendente/ex-dipendente, il nucleo assistito avrà facoltà, con oneri a proprio totale carico, di proseguire nell'assistenza fino alla scadenza del presente contratto; a tal fine, un familiare dovrà subentrare nella posizione di titolare dell'assistenza e pagare il contributo – ove ancora dovuto – previsto per quest'ultimo.

Fatta eccezione per gli Assistiti già aderenti, al 30/6/2012, alla previgente copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dalla Banca, per i dipendenti assunti o rientrati da aspettativa con decorrenza successiva al 31/5/2012, nonché per i casi di nascita/adozione/affidamento di un figlio, matrimonio, maturazione del 3° anno di convivenza more uxorio, insorgere di convivenza con parenti o affini entro il 3° grado, venir meno di "analoga assistenza" come sopra definita (purché gli inserimenti vengano effettuati alle condizioni ed entro i termini previsti dal contratto), l'intervento della Cassa è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni (1/7/2012) di:

- 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, l'assistenza decorre dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assistenza stessa, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo tale data;
- 180 giorni per le malattie che siano la conseguenza di stati patologici diagnosticati o curati anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.

### **ART. 3 - LIMITI DI ASSISTENZA**

Per "limite di assistenza" per nucleo familiare assistito si intende la disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assistito (di cui al precedente art. 2), per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'annualità assistenziale.

I contributi economici di cui all'art. 1 sono erogati, per le prestazioni di cui al presente disciplinare, fino alla concorrenza della complessiva somma annua di € 160.000,00, elevata a € 200.000,00 per nuclei familiari con tre o più figli fiscalmente a carico, fermi restando i limiti specifici più avanti previsti per singole tipologie di prestazione. Tali somme si intenderanno raddoppiate in caso di grande intervento chirurgico (compreso nell'allegato elenco), ricoveri presso unità coronariche, di terapia intensiva e sub-intensiva. Inoltre, qualora nel nucleo assistito sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/1992, ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa, i limiti di assistenza si intenderanno maggiorati del 20%.

Nel caso di inserimento in assistenza nel corso dell'annualità, i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

### **ART. 4 – PRESTAZIONI**

#### **A - PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA**

La Cassa rimborsa:

- 1) In caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in regime di ricovero o day hospital presso istituto di cura:
  - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito/i;
  - l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi necessari al recupero della salute, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;



- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per gli interventi effettuati in convenzione diretta, per i grandi interventi, per i ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive);
- accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche e cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 120 gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico; trattamenti fisioterapici e rieducativi - necessari al recupero della salute - effettuati nei 120 gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico.

In caso di parto cesareo il rimborso massimo sarà pari a € 6.000,00 per evento, con applicazione dello scoperto previsto al punto B.

**2) In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico effettuato anche in regime di day hospital:**

- accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in convenzione diretta, per i ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive);
- accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche specialistiche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 gg. precedenti il ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

**3) In caso di parto fisiologico:**

- sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in convenzione diretta).

Il rimborso complessivo massimo sarà comunque pari a € 4.000,00 per evento.

**4) Per il neonato:**

- retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica con il limite massimo di € 1.500,00 anno/nucleo, senza applicazione di scoperti/franchigie.

**5) Trasporto**

- le spese di trasporto dell'assistito infermo all'istituto di cura e viceversa - in caso di intervento chirurgico - con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ad eccezione dell'autovettura privata), con un massimo di € 1.300,00 per ricovero in Italia e € 1.600 per ricovero all'estero.

Nei casi in cui nei capoluoghi di provincia di residenza/lavoro dell'assistito non esistano strutture sanitarie (ospedali o case di cura private o pubbliche) in convenzione diretta, nonché nei casi in cui le strutture esistenti non possano effettuare un ricovero urgente, verranno rimborsate all'assistito le spese per il trasporto ferroviario, in 1a classe (andata e ritorno) per il luogo più vicino in cui esistono strutture convenzionate ove sia possibile effettuare il ricovero urgente. Per gli Assistiti della Sicilia e della Sardegna, il rimborso riguarderà anche il trasporto aereo o navale, da e per il continente (andata e ritorno).

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura (non convenzionato con la Cassa) richiede il pagamento di un anticipo, la Cassa provvederà a rimborsare all'Assistito che ne faccia domanda le spese sostenute a tale titolo entro il 50% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

**B - SCOPERTO**

Il rimborso delle spese di cui alla precedente **lett. A punti 1) e 2)** prevede:

- per i ricoveri effettuati **in totale regime di convenzione diretta con la Cassa** (sia struttura sanitaria che équipe medica) nessuno scoperto/franchigia;

- per i ricoveri effettuati **non in regime di convenzione diretta con la Cassa** applicazione di un limite di € 260,00 giornalieri per la retta di degenza e, per tutte le altre spese, applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo di € 1.600,00 e un massimo di € 3.000,00 per ricovero (compresi i ricoveri effettuati in regime di Day hospital). In caso di parto cesareo, fermo rimanendo il limite di € 260,00 giornalieri per la retta di degenza, viene applicata una franchigia fissa di € 1.300,00.

In caso di grandi interventi chirurgici, quali indicati nell'allegato elenco, e di ricoveri presso unità coronariche, unità di terapia intensiva e sub-intensiva, non verrà applicato limite per la retta di degenza né alcuno scoperto.

Per i **ricoveri a carico del S.S.N.**, il rimborso delle spese per prestazioni effettuate nei giorni precedenti e successivi il ricovero nonché della “differenza di classe” relativa alle spese di degenza (entrambe nei limiti previsti alla precedente lett. A) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto.

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A punti 3), 4) e 5) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto, fermo restando il limite di € 260,00 giornalieri per le rette di degenza non in convenzione diretta con la Cassa.

### **C - PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA**

La Cassa rimborsa le “prestazioni di alta diagnostica” di cui di seguito, con un limite assistenziale complessivo di € 4.000,00 per anno/nucleo (da intendersi maggiorato del 20% qualora nel nucleo assistito sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/1992 ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa):

- AGOASPIRATO;
- AMNIOCENTESI oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologia della gestante o del feto;
- ANGIOGRAFIA;
- ANGIOGRAFIA DIGITALE;
- ARTERIOGRAFIA DIGITALE;
- ARTROGRAFIA;
- BRONCOGRAFIA;
- BRONCOSCOPIA;
- CARDIOTAC;
- CISTERNOGRAFIA;
- CLISMA OPACO;
- CISTOGRAFIA;
- CISTOSCOPIA;
- COLONSCOPIA;
- COLANGIOGRAFIA;
- COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA;
- COLECISTOGRAFIA;
- CORONAROGRAFIA;
- DOC;
- DOPPLER;
- DUODENOSCOPIA;
- ECOCARDIOGRAMMA;
- ECODOPPLER;
- ECOCOLORDOPPLER;
- ECOGRAFIA;
- ELETTROCARDIOGRAFIA;
- ELETTROENCEFALOGRAFIA;
- ESAME CITOLOGICO;
- ESAME ISTOLOGICO;
- ESOFAGOSCOPIA;

- FLUORANGIOGRAFIA RETINICA;
- GALATTOGRAFIA;
- GASTROSCOPIA;
- HOLTER;
- LINFOGRAFIA;
- MAMMOGRAFIA;
- MIELOGRAFIA;
- MOC;
- PANCOLONSCOPIA;
- PET;
- RADIONEFROGRAMMA;
- RECTOSIGMOIDOCOLONSCOPIA;
- RETINOGRAFIA;
- RETTOSCOPIA;
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE;
- RX ESOFAGO;
- RX TUBO DIGERENTE;
- SCINTIGRAFIA;
- SPECT;
- TAC;
- TELECUORE;
- UROFLUSSOMETRIA;
- UROGRAFIA;
- VILLOCENTESI oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologia della gestante o del feto.

Le prestazioni di cui alla presente lettera C vengono rimborsate come segue:

- se effettuate in totale regime di convenzione diretta con la Cassa, verrà applicata una franchigia fissa di € 60,00 per ciclo di cura;
- se effettuate non in regime di convenzione diretta con la Cassa, verrà applicato uno scoperto del 20% con un minimo di € 150,00 per ciclo di cura.

I ticket relativi alle prestazioni di cui alla lettera C vengono rimborsati senza l'applicazione di scoperto e gli stessi vanno presentati con cadenza semestrale (31 dicembre e 30 giugno).

#### **D - PROTESI**

La Cassa rimborsa le spese per acquisto e riparazione di protesi ortopediche con il limite anno/nucleo di € 1.100,00.

#### **E - CURE ONCOLOGICHE E DIALISI**

La Cassa rimborsa, con il limite di € 15.000,00 anno/nucleo, le spese sostenute in seguito a patologie oncologiche per:

- assistenza infermieristica domiciliare;
- visite specialistiche;
- chemioterapia;
- terapie radianti.

Inoltre la Cassa rimborsa le spese sostenute per la dialisi (anche al di fuori dei casi di patologie oncologiche).

Le prestazioni di cui alla lettera E vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto.

#### **F - CURE DENTARIE DA INFORTUNIO**

La Cassa rimborsa le cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio, con un limite assistenziale di € 1.250,00 per anno/nucleo; le spese verranno rimborsate con applicazione di uno scoperto del 25%.

Tali spese saranno rimborsate solo se il danno dentario sarà certificato da parte del Pronto Soccorso cui si sia fatto immediato ricorso.

### **G - LONG TERM CARE**

Per i soli dipendenti titolari dell'assistenza, la Cassa rimborsa, per le malattie manifestatesi e per gli infortuni occorsi durante il periodo di vigenza del contratto che comportino esiti invalidanti permanenti o semi-permanenti che determinino uno stato di non autosufficienza tale da rendere necessaria una continuativa assistenza anche per le esigenze della vita quotidiana, le spese documentate di assistenza anche domiciliare e/o quelle di ricovero presso strutture specializzate, nel limite di € 600,00 mensili per un periodo massimo di 10 anni (cfr. allegato 7).

### **H - OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE**

La Cassa rimborsa le spese successive a un ricovero sostenute per servizi domiciliari medici, infermieristici, farmacologici, riabilitativi, tendenti al recupero della funzionalità fisica. Tali spese vengono rimborsate senza applicazione di scoperto/franchigia, fino a concorrenza del limite di € 1.000,00 per anno/nucleo.

### **I - FISIOTERAPIA RIABILITATIVA**

La Cassa rimborsa le spese sostenute per fisioterapia riabilitativa a seguito di infortunio, ictus cerebrale, neoplasie, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche, entro il limite di € 600,00 per anno/nucleo (da intendersi maggiorato del 20% qualora nel nucleo assistito sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/1992 ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa).

Le prestazioni di cui alla presente lettera I vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuno scoperto/ franchigia, sia se effettuate in totale regime di convenzione diretta con la Cassa, sia se effettuate non in regime di convenzione diretta con la Cassa.

***La fisioterapia a seguito di infortunio sarà rimborsata solo se documentata da apposita certificazione ospedaliera comprovante l'avvenuto infortunio.***

### **ART. 5 - PRESTAZIONI ESCLUSE**

Rimangono escluse dal rimborso le spese per:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico ad eccezione di quella concernente neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente ad intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione);
- i ricoveri durante i quali vengono compiute solamente terapie fisiche e riabilitative che, in relazione allo stato clinico dell'Assistito/i all'atto del ricovero, possono essere effettuate anche in ambulatorio;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito/i di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza, intendendo per tali quelli determinati da condizioni fisiche che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale, fatto salvo quanto previsto all'art. 4, lettera G;
- le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser a eccimeri ad eccezione di quelli effettuati in caso di anisometria superiore a quattro diottrie, o deficit visivo, anche di un singolo occhio, pari o superiore a sei diottrie;
- le prestazioni riconducibili a finalità estetiche (es. visite, trattamenti, ricoveri ambulatoriali, ricoveri in regime di day hospital, etc.);
- agopuntura (ove prevista) non effettuata da medico;
- prestazioni fisioterapiche (ove previste) se non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato;

- cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie salvo quanto previsto all'art. 4 lett. F;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assistito/i, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona.

#### **ART. 6 - CRITERI E MODALITA' DI RIMBORSO**

Per ottenere il rimborso, nei limiti previsti dal presente disciplinare, delle spese sostenute, il Titolare deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, di norma entro 30 gg. dalla data in cui si è conclusa la cura o il ciclo di cura. La richiesta deve essere corredata dalla documentazione attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica anche delle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate ed infine dalla eventuale ulteriore documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso. Le ricevute di spesa devono essere trasmesse a Previgen Assistenza, mediante web (con scansione della documentazione e inoltro tramite il sito [www.aongate.it/bancaitalia](http://www.aongate.it/bancaitalia)) ovvero a mezzo posta a Previgen Assistenza c/o AON Hewitt, Via Andrea Ponti 8/10 – 20143 Milano.

La Cassa effettua il rimborso dovuto direttamente al Titolare anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare - entro il termine di 30 gg. (termine decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente disciplinare ivi inclusa quella relativa all'eventuale struttura sanitaria convenzionata che ha erogato la prestazione). La Cassa può richiedere eventuale documentazione integrativa per una sola volta e secondo principi di correttezza e buona fede entro 15 giorni dalla ricezione della richiesta di liquidazione; in tal caso il termine per la definizione del sinistro sarà di 15 giorni dalla ricezione della documentazione integrativa o di eventuali controdeduzioni del Titolare. Ove, successivamente, il rimborso dovuto risulti inferiore a quello erogato o risulti non dovuto affatto, la Cassa provvederà allo storno parziale o totale dell'importo rimborsato. Nei casi eccezionali in cui il rimborso non possa avvenire nel previsto termine, la Cassa corrisponderà una maggiorazione automatica del rimborso – a titolo di risarcimento danni e sanzione forfetaria - pari allo 0,02% (zerovirgolazeroduepercento) per ogni giorno di calendario.

I rimborsi vengono effettuati in Italia in Euro; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono effettuati in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dalla Banca d'Italia.

Gli Assistiti si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi ad eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della Cassa, in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistibilità.

#### **ART. 7 - CONTROVERSIE**

Le controversie di natura medica potranno essere deferite a un collegio arbitrale composto da tre medici, i cui membri verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel capoluogo di provincia del luogo di residenza dell'assistito. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico, esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del collegio, assunte a maggioranza, sono vincolanti per le parti che rinunciano a impugnarle salvi i casi di violenza, dolo, errore grave o violazione di patti contrattuali.

La cognizione di qualsiasi controversia di natura medica tra le parti (Assistito e Cassa) sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi, è devoluta alla competenza del Foro di residenza dell'Assistito, salvo diverso accordo scritto intervenuto successivamente tra i predetti soggetti.

## **ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

### **STOMACO-DUODENO**

- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

### **INTESTINO**

- Colectomia totale.
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia.

### **RETTO-ANO**

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo.
- Idem per via addomino perineale: in più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

### **ERNIE**

- Intervento iatale con tunduplicatio.

### **FEGATO E VIE BILIARI**

- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

### **PANCREAS-MILZA**

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudo-cisti:
  - enucleazione delle cisti
  - marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi sul pancreas:
  - a) totale o della testa
  - b) della coda.
- Anastomosi porta-cava, spleno renale, mesenterico-cava.

### **CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO**

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazione per encefalo-meningocele.
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi simili.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Emisferectomia.
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica.

### **SIMPATICO E VAGO**

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.

### **CHIRURGIA VASALE**

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.
- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi.

### **CRANIO**

(Vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

### **FACCIA E BOCCA**

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

### **COLLO**

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Timectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

### **TORACE**

- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumonectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.
- Pleuropneumonectomia.
- Toracectomia ampia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Timectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

### **CHIRURGIA TORACICA**

- Pericardiectomia parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi.
- Derivazioni aorto-polmonari.
- Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia della arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica).

### **ESOFAGO**

(Vedi anche otorinolaringoiatria).

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali.
- Esofagoplastica.
- Reintervento per megaesofago.

### **CHIRURGIA PEDIATRICA**

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:
  - a) resezione con reimpianto
  - b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.



- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

### **ARTICOLAZIONI**

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomia.
- Artoplastica delle grandi articolazioni.

### **UROLOGIA**

- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi (o colon).
- Nefrotomia bivalve in ipotermia.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Surrenelectomia.

### **APPARATO GENITALE MASCHILE**

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.

### **GINECOLOGIA**

Pannisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno.

### **OCULISTICA**

- Iridocicloterazione da glaucoma.

### **OTORINOLARINGOIATRIA**

Naso

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.

Orecchio

- Antro-atticotomia.

### **TRAPIANTI D'ORGANO**

Tutti.

**ASSISTENZA OPZIONE PLUS**

**DISCIPLINARE  
PER L'EROGAZIONE AL PERSONALE IN SERVIZIO E  
IN QUIESCENZA  
DELLA BANCA D'ITALIA  
DI CONTRIBUTI ECONOMICI  
IN OCCASIONE DI SPESE SANITARIE PER  
MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO**

### **ART. 1 - ASPETTI GENERALI**

La Cassa Previggen Assistenza (in seguito denominata Cassa) aggiudicataria della gara per la stipula di un contratto avente ad oggetto l'erogazione di contributi economici a fronte di spese sanitarie del personale in servizio e in quiescenza della Banca d'Italia (di seguito denominata Banca) e dei rispettivi nuclei familiari, si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente disciplinare, ad erogare agli Assistiti di cui al successivo art. 2 rimborsi di spesa e contributi economici per i casi di malattia, infortunio e parto, secondo le norme di seguito indicate.

La durata del contratto è pari a due anni, dalle ore 00.00 del 1° luglio 2012 alle ore 24.00 del 30 giugno 2014. Il contratto può essere prorogato per un ulteriore anno al verificarsi delle condizioni e nei termini di cui all'art. 5, comma 2 del contratto stipulato tra la Cassa e la Banca.

E' sempre facoltà e libera scelta dell'assistito ottenere le prestazioni mediche coperte dall'assistenza secondo le modalità dell'assistenza diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista.

### **ART. 2 - ASSISTITI E OPERATIVITA' DEL DISCIPLINARE**

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo art. 4, è prestata a favore dei dipendenti/ex-dipendenti iscritti nell'Assistenza base e si estende, senza il pagamento di ulteriori quote, al coniuge ed ai figli fiscalmente a carico, siano o no conviventi con i titolari dell'assistenza.

L'assistenza può inoltre includere, su richiesta del Titolare, e dietro pagamento di specifiche quote capitarie, il coniuge e i figli fiscalmente non a carico (anche se non conviventi), il convivente *more uxorio* e i figli di questo, nonché gli altri parenti ed affini entro il 3° grado, anagraficamente conviventi con il titolare dell'assistenza, siano o no a carico dello stesso.

L'inclusione in assistenza di tali familiari deve riguardare tutti quelli risultanti dallo stato di famiglia del titolare (purché a loro volta assistibili); nel caso di inclusione del coniuge o di un figlio fiscalmente non a carico e non conviventi, è obbligatoria l'inclusione anche degli altri figli e/o del coniuge del dipendente/ex dipendente anagraficamente conviventi con il coniuge/figlio che si intende inserire. Dall'obbligo di inserimento in assistenza di tutti i familiari assistibili sono esclusi:

- i familiari assistibili che beneficino di altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro di uno di essi ("analoga assistenza");
- il convivente *more uxorio* e i figli di questo. Peraltro, l'inserimento in assistenza di uno di tali soggetti comporta l'obbligatoria inclusione di tutti i familiari assistibili rientranti nello stato di famiglia del dipendente/ex-dipendente titolare dell'assistenza.

### **TRANNE CONIUGE E FIGLI, NESSUN PARENTE O AFFINE NON CONVIVENTE CON IL DIPENDENTE/EX DIPENDENTE TITOLARE DELL'ASSISTENZA PUO' ESSERE INSERITO IN ASSISTENZA.**

Gli Assistiti diversi da dipendente/ex-dipendente, coniuge, figli, convivente *more-uxorio* e figli di questo, fratello e sorella (fatta eccezione per coloro che aderiscono al presente disciplinare senza soluzione di continuità da precedente copertura assistenziale) e, comunque, tutti gli Assistiti al superamento del 75° anno di età, devono compilare e trasmettere alla Cassa un questionario anamnestico (all. 4). Il mantenimento integrale delle prestazioni può, in tali casi, subire delle limitazioni ove la Cassa espressamente e motivatamente comunichi per iscritto all'interessato proprie determinazioni in proposito. Rilevanti omissioni o dichiarazioni non veritiere dell'interessato, atte ad alterare significativamente il quadro informativo, potrebbero comportare la sospensione delle prestazioni della Cassa, salva successiva verifica in contraddittorio, e l'esclusione del rimborso dei contributi da questa nel frattempo versati in favore dell'assistito.

#### ***L'assistenza è operante:***

- senza limitazioni territoriali, in quanto vale per il mondo intero;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti, salve le possibili limitazioni connesse con l'esito della compilazione del questionario anamnestico di cui sopra;
- ad integrazione dell'Assistenza base;
- durante il permanere del rapporto (quale dipendente o quale pensionato) con la Banca. In caso di cessazione del rapporto senza titolo alla prosecuzione di cui all'art. 12, comma 6, lett.

c) del contratto o senza che sia stata esercitata l'opzione per la prosecuzione stessa, l'assistenza opera fino alla fine dell'annualità assistenziale in cui è avvenuta la cessazione. In caso di decesso del dipendente/ex-dipendente, il nucleo assistito avrà facoltà, con oneri a proprio totale carico, di proseguire nell'assistenza fino alla scadenza del presente contratto; a tal fine, un familiare dovrà subentrare nella posizione di titolare dell'assistenza e pagare il contributo – ove ancora dovuto – previsto per quest'ultimo.

Fatta eccezione per gli Assistiti già aderenti, al 30/6/2012, alla previgente copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dalla Banca, per i dipendenti assunti o rientrati da aspettativa con decorrenza successiva al 31/5/2012, nonché per i casi di nascita/adozione/affidamento di un figlio, matrimonio, maturazione del 3° anno di convivenza more uxorio, insorgere di convivenza con parenti o affini entro il 3° grado, venir meno di "analogia assistenza" come sopra definita (purché gli inserimenti vengano effettuati alle condizioni ed entro i termini previsti dal contratto), l'intervento della Cassa è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni (1/7/2012) di:

- 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, l'assistenza decorre dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assistenza stessa, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo tale data;
- 180 giorni per le malattie che siano la conseguenza di stati patologici diagnosticati o curati anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.

### **ART. 3 - LIMITI DI ASSISTENZA**

Per "limite di assistenza" per nucleo familiare assistito si intende la disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assistito (di cui al precedente art. 2), per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale.

I contributi economici di cui all'art. 1 sono erogati per le prestazioni di cui al presente disciplinare, fino alla concorrenza dei limiti indicati all'art. 3 dell'assistenza base.

Nel caso di inserimento in assistenza nel corso dell'annualità, i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

### **ART. 4 – PRESTAZIONI**

#### **A - PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA**

La Cassa rimborsa:

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale e di parto cesareo presso istituto di cura:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito/i;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi necessari al recupero della salute, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per interventi effettuati in convenzione diretta, per i ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive);
- accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche e cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 120 gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico; trattamenti fisioterapici e rieducativi - necessari al recupero della salute - effettuati nei 120 gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico.

In caso di parto cesareo il rimborso massimo sarà pari a € 6.000,00 per evento senza applicazione di alcuna franchigia/scoperto.

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura (non convenzionato con la Cassa) richiede il pagamento di un anticipo, la Cassa provvederà a rimborsare all'Assistito che ne faccia domanda le spese sostenute a tale titolo entro il 50% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

### **B - SCOPERTO**

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A prevede:

- per gli interventi ambulatoriali effettuati **in totale regime di convenzione diretta con la Cassa** (sia struttura sanitaria che équipe medica) nessuno scoperto/franchigia;
- per i ricoveri effettuati **non in regime di convenzione diretta con la Cassa**, l'applicazione di una franchigia fissa di € 650,00.

Per gli interventi ambulatoriali **a carico del S.S.N.**, il rimborso delle spese per prestazioni effettuate nei giorni precedenti e successivi il ricovero nei limiti previsti alla precedente lett. A) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto.

### **C - PRESTAZIONI SPECIALISTICHE**

La Cassa rimborsa le "prestazioni specialistiche" di seguito indicate, con un limite assistenziale complessivo di € 1.450,00 per anno/nucleo, con il sotto-limite di € 700,00 per le prestazioni di psicoterapia:

- a) onorari medici specialistici per visite e prestazioni (escluse quelle odontoiatriche, ortodontiche e pediatriche), visite omeopatiche;
- b) analisi ed esami diagnostici ivi compresi gli onorari dei medici;

**Le prestazioni di cui ai punti a) e b) sono rimborsabili se la relativa documentazione riporti la diagnosi o il sospetto diagnostico.**

- c) terapie: alcolizzazione, chemioterapia, cobaltoterapia, dialisi, terapie radianti, terapia del dolore, psicoterapia, logopedia; fisioterapia a seguito di infortunio, ictus cerebrale, forme neoplastiche, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio la sclerosi multipla, la sclerosi amiotrofica e il morbo di Parkinson).

**Le suindicate terapie sono rimborsabili solo se effettuate da medico e dietro prescrizione medico-specialistica attestante una diagnosi documentata ed accertata. Relativamente alla psicoterapia, alla logopedia e alla fisioterapia le stesse sono rimborsabili anche se effettuate rispettivamente da psicoterapeuta, da logopedista iscritto all'albo e da fisioterapista diplomato.**

**La fisioterapia a seguito di infortunio sarà rimborsata solo se documentata da apposita certificazione ospedaliera comprovante l'avvenuto infortunio.**

Le prestazioni di cui alla presente lettera C vengono rimborsate come segue:

- se effettuate in totale regime di convenzione diretta con la Cassa, verrà applicato una franchigia fissa di € 50,00 per ciclo di cura;
- se effettuate non in regime di convenzione diretta con la Cassa, verrà applicato uno scoperto del 20% con un minimo di € 150,00 per ciclo di cura.

I ticket relativi alle prestazioni di cui alla presente lettera C vengono rimborsati senza l'applicazione di scoperto e gli stessi vanno presentati con cadenza semestrale (31 dicembre e 30 giugno).

### **D - CURE DENTARIE DA INFORTUNIO**

In luogo di quanto previsto alla lettera F dell'assistenza base, la Cassa rimborsa le cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio, con un limite assistenziale di € 2.000,00 per anno/nucleo; le spese verranno rimborsate con applicazione di uno scoperto del 20%.

Tali spese saranno rimborsate solo se il danno dentario sarà certificato da parte del Pronto Soccorso cui si sia fatto immediato ricorso.

**E - LONG TERM CARE**

In luogo di quanto previsto alla lettera G dell'assistenza base, per i soli dipendenti titolari dell'assistenza, la Cassa rimborsa, per le malattie manifestatesi e per gli infortuni occorsi durante il periodo di vigenza del contratto che comportino esiti invalidanti permanenti o semi-permanenti che determinino uno stato di non autosufficienza tale da rendere necessaria una continuativa assistenza anche per le esigenze della vita quotidiana, le spese documentate di assistenza anche domiciliare e/o quelle di ricovero presso strutture specializzate, nel limite di € 1.000,00 mensili per un periodo massimo di 10 anni (cfr. allegato 7).

**F - OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE**

In luogo di quanto previsto alla lettera H dell'assistenza base, la Cassa rimborsa le spese successive a un ricovero sostenute per servizi domiciliari medici, infermieristici, farmacologici, riabilitativi, tendenti al recupero della funzionalità fisica. Tali spese vengono rimborsate senza applicazione di scoperto/franchigia, fino a concorrenza del limite di € 2.000,00 per anno/nucleo.

**ART. 5 - PRESTAZIONI ESCLUSE**

Rimangono escluse dal rimborso le spese per:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico ad eccezione di quella concernente neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente ad intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione);
- i ricoveri durante i quali vengono compiute solamente terapie fisiche e riabilitative che, in relazione allo stato clinico dell'Assistito/i all'atto del ricovero, possono essere effettuate anche in ambulatorio;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito/i di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza, intendendo per tali quelli determinati da condizioni fisiche che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale, fatto salvo quanto previsto all'art. 4, lettera E;
- le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser a eccimeri ad eccezione di quelli effettuati in caso di anisometria superiore a quattro diottrie, o deficit visivo, anche di un singolo occhio, pari o superiore a sei diottrie;
- le prestazioni riconducibili a finalità estetiche (es. visite, trattamenti, ricoveri ambulatoriali, ricoveri in regime di day hospital, etc.);
- agopuntura (ove prevista) non effettuata da medico;
- prestazioni fisioterapiche (ove previste) se non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato;
- psicoterapia se non effettuata da medico specialista o da psicoterapeuta;
- logopedia se non effettuata da medico specialista o da logopedista iscritto all'albo ;
- cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie salvo quanto previsto all'art. 4 lett. D;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assistito/i, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona.

**ART. 6 - CRITERI E MODALITA' DI RIMBORSO**

Per ottenere il rimborso, nei limiti previsti dal presente disciplinare, delle spese sostenute, il Titolare deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, di norma entro 30 gg.

dalla data in cui si è conclusa la cura o il ciclo di cura. La richiesta deve essere corredata dalla documentazione attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica anche delle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate ed infine dalla eventuale ulteriore documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso. Le ricevute di spesa devono essere trasmesse a Previgen Assistenza, mediante web (con scansione della documentazione e inoltro tramite il sito [www.aongate.it/bancaitalia](http://www.aongate.it/bancaitalia)) ovvero a mezzo posta a Previgen Assistenza c/o AON Hewitt, Via Andrea Ponti 8/10 – 20143 Milano.

La Cassa effettua il rimborso dovuto direttamente al Titolare anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare - entro il termine di 30 gg. (termine decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente disciplinare ivi inclusa quella relativa all'eventuale struttura sanitaria convenzionata che ha erogato la prestazione). La Cassa può richiedere eventuale documentazione integrativa per una sola volta e secondo principi di correttezza e buona fede entro 15 giorni dalla ricezione della richiesta di liquidazione; in tal caso il termine per la definizione del sinistro sarà di 15 giorni dalla ricezione della documentazione integrativa o di eventuali controdeduzioni del Titolare. Ove, successivamente, il rimborso dovuto risulti inferiore a quello erogato o risulti non dovuto affatto, la Cassa provvederà allo storno parziale o totale dell'importo rimborsato. Nei casi eccezionali in cui il rimborso non possa avvenire nel previsto termine, la Cassa corrisponderà una maggiorazione automatica del rimborso – a titolo di risarcimento danni e sanzione forfetaria - pari allo 0,02 % (zerovirgolazeroduepercento) per ogni giorno di calendario.

I rimborsi vengono effettuati in Italia in Euro; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono effettuati in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dalla Banca d'Italia.

Gli Assistiti si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi ad eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della Cassa, in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistibilità.

#### **ART. 7 - CONTROVERSIE**

Le controversie di natura medica potranno essere deferite a un collegio arbitrale composto da tre medici, i cui membri verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel capoluogo di provincia del luogo di residenza dell'assistito. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico, esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del collegio, assunte a maggioranza, sono vincolanti per le parti che rinunciano a impugnarle salvi i casi di violenza, dolo, errore grave o violazione di patti contrattuali.

La cognizione di qualsiasi controversia di natura medica tra le parti (Assistito e Cassa) sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi, è devoluta alla competenza del Foro di residenza dell'Assistito, salvo diverso accordo scritto intervenuto successivamente tra i predetti soggetti.

**ASSISTENZA GRANDI RISCHI PENSIONATI**

**DISCIPLINARE  
PER L'EROGAZIONE AL PERSONALE IN QUIESCENZA  
DELLA BANCA D'ITALIA  
DI CONTRIBUTI ECONOMICI  
IN OCCASIONE DI SPESE SANITARIE PER  
MALATTIA E INFORTUNIO**



### **ART. 1 - ASPETTI GENERALI**

La Cassa Previggen Assistenza (in seguito denominata Cassa) aggiudicataria della gara per la stipula di un contratto avente ad oggetto l'erogazione di contributi economici a fronte di spese sanitarie del personale in servizio e in quiescenza della Banca d'Italia (di seguito denominata Banca) e dei rispettivi nuclei familiari, si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente disciplinare, ad erogare agli Assistiti di cui al successivo art. 2 rimborsi di spesa e contributi economici per i casi di malattia e infortunio, secondo le norme di seguito indicate.

La durata del contratto è pari a due anni, dalle ore 00.00 del 1° luglio 2012 alle ore 24.00 del 30 giugno 2014. Il contratto può essere prorogato per un ulteriore anno al verificarsi delle condizioni e nei termini di cui all'art. 5, comma 2 del contratto stipulato tra la Cassa e la Banca.

E' sempre facoltà e libera scelta dell'assistito ottenere le prestazioni mediche coperte dall'assistenza secondo le modalità dell'assistenza diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista.

### **ART. 2 - ASSISTITI E OPERATIVITA' DEL DISCIPLINARE**

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo art. 4, è prestata a favore dei pensionati diretti (compresi i capitalizzati al 100% e i "differiti") fino all'età di 75 anni, nonché in favore del coniuge anagraficamente convivente (anche se fiscalmente non a carico) fino all'età di 75 anni. Possono aderire a tale assistenza i pensionati diretti iscritti o meno alle vigenti assistenze nonché il personale che cesserà dal servizio con diritto a pensione successivamente al 30.6.2012. L'adesione a tale assistenza è alternativa rispetto all'"assistenza base" e all'"Opzione Plus" per i pensionati. L'assistenza viene prestata, nei confronti dell'intero nucleo assistibile, fino al termine dell'annualità in cui il pensionato raggiunge il 75° anno di età; l'estensione al coniuge cessa comunque al termine dell'annualità in cui il medesimo raggiunga il 75° anno di età.

L'assistenza può essere estesa facoltativamente in favore dei figli fiscalmente a carico e anagraficamente conviventi con il pensionato stesso. L'inserimento di un figlio comporta l'obbligatoria inclusione di tutti gli altri figli fiscalmente a carico e anagraficamente conviventi con il pensionato, fatta eccezione per quelli che beneficino di "analoga assistenza" (cioè di altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro di uno di essi).

Le previsioni di cui sopra sono valide fatti salvi i casi di cui all'art. 5 – CASI DI NON ASSISTENZA O DI ASSISTENZA CON PATTO SPECIALE.

#### ***L'assistenza è operante***

- senza limitazioni territoriali, in quanto vale per il mondo intero;
- sino al compimento del 75° anno di età. L'assistenza è comunque operante fino al termine dell'anno assistenziale nel quale l'assistito ha compiuto i 75 anni.

In caso di decesso del pensionato, il nucleo già assistito ha facoltà, con oneri a proprio totale carico, di proseguire nell'assistenza per l'intera durata del rapporto contrattuale (fino al 30.6.2014 più l'eventuale proroga di un anno), fermo restando il limite dei 75 anni previsto per il coniuge superstite. A tal fine un familiare dovrà subentrare a tutti gli effetti nella posizione di titolare dell'assistenza.

Fatta eccezione per gli Assistiti già aderenti al 30/6/2012 alla previgente copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dalla Banca (compresi i cessati dal servizio entro il 30.6.2012) nonché per coloro che aderiscono al presente disciplinare, provenienti dall'Assistenza "2" sottoscritta dalla Banca con scadenza al 30/6/2012, o provenienti da "analoga assistenza" come sopra definita, l'intervento della Cassa è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni (1/7/2012) di 180 giorni per le malattie che siano la conseguenza di stati patologici diagnosticati o curati anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.

### **ART. 3 - LIMITI DI ASSISTENZA**

Per "limite di assistenza" per nucleo familiare si intende la disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assistito (di cui al precedente art. 2), per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale.

I contributi economici di cui all'art. 1 sono erogati, per le prestazioni di cui al presente disciplinare, fino alla concorrenza della complessiva somma annua di € 100.000,00, fermo quanto previsto dal successivo art. 4 PRESTAZIONI.

Nel caso di inserimento in assistenza nel corso dell'annualità, i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

#### **ART. 4 – PRESTAZIONI**

##### **A - PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA**

1) La Cassa rimborsa, in caso di grande intervento chirurgico (quale compreso nell'allegato elenco), le seguenti prestazioni:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento - ivi compresi gli apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito/i;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi necessari al recupero della salute, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i grandi interventi effettuati in convenzione diretta);
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici per prestazioni effettuate anche al di fuori dell'istituto di cura nei 60 gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 60 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico.

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura (non convenzionato con la Cassa) richiede il pagamento di un anticipo, la Cassa provvederà a rimborsare all'Assistito che ne faccia domanda le spese sostenute a tale titolo entro il 100% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

2) La Cassa rimborsa inoltre le spese sostenute a fronte di:

- compensi a squadre di soccorso per trasporto all'istituto di cura con qualsiasi mezzo idoneo, immediatamente e strettamente necessario, con un massimo di € 1.100,00 per evento;
- il vitto ed il pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite giornaliero di € 110,00 e con un massimo di 30 giorni per anno/nucleo;
- trasporto all'estero e ritorno in caso di intervento per l'assistito infermo ed un eventuale accompagnatore con il massimo di € 2.100,00 per evento.

##### **B - SCOPERTO**

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A punto 1) prevede:

- per gli interventi effettuati in totale regime di convenzione diretta con la Cassa (sia struttura sanitaria che équipe medica), nessun limite per la retta di degenza e l'applicazione di uno scoperto del 15%, con il minimo di € 750,00 ed il massimo di € 2.750,00, per ricovero;
- per gli interventi non effettuati in regime di convenzione diretta con la Cassa, l'applicazione di un limite di € 260,00 giornalieri per la retta di degenza e di uno scoperto del 20%, con il minimo di € 1.250,00 ed il massimo di € 2.750,00, per ricovero.

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A punto 2) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto.

##### **C - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Se tutte le spese di cui al precedente art. 4 lett. A punto 1) sono state a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità

legate al recupero a seguito di intervento (quale ricompreso nell'allegato elenco) al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tale evento.

L'indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) sarà pari ad € 80,00 con un massimo di 300 giorni per anno/nucleo.

In concomitanza di ricovero in struttura ospedaliera a carico del S.S.N. e nel caso in cui siano state sostenute anche delle spese da parte dell'assistito infermo, la Cassa rimborserà il maggiore importo risultante tra il conteggio della diaria giornaliera ed il rimborso delle altre spese sostenute come dalle prestazioni di cui al precedente art. 4 lett. A punto 1 .

#### **D - TRASPORTO DEL DEFUNTO**

La Cassa rimborsa le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'assistito infermo a seguito di ricovero in istituto di cura all'estero per uno degli interventi di cui all'allegato elenco. Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione. Le spese di cui sopra vengono accordate con un limite annuo di € 1.550,00 pro-capite.

#### **ART. 5 - CASI DI NON ASSISTENZA O DI ASSISTENZA CON PATTO SPECIALE**

Non sono di norma assistibili - e l'assistenza cessa al manifestarsi delle relative patologie - le persone affette da apoplezia, epilessia, infermità mentali, alcoolismo, tossicomania, diabete (solo nei casi in cui il tasso di glicemia enzimica superi i 200 mg/ 100 ml), difetti fisici rilevanti, infermità gravi e permanenti che riducano singolarmente o nel complesso l'efficienza psicofisica in misura pari o superiore al 40%.

Nei casi di cui al comma precedente, l'eventuale assistibilità o il ripristino della stessa, può essere deliberata dalla Cassa alle condizioni e nei limiti stabiliti in virtù di apposito patto speciale.

Al verificarsi di una delle condizioni patologiche sopra elencate deve essere inoltrata tempestiva comunicazione alla Cassa. La mancata comunicazione rende inattivabile, per l'Assistito, il ricorso alle prestazioni della Cassa e non dà titolo ad ottenere il rimborso dei contributi versati fino alla data in cui tali condizioni vengono accertate dalla Cassa stessa.

#### **ART. 6 - CRITERI E MODALITA' DI RIMBORSO**

Per ottenere il rimborso, nei limiti previsti dal presente disciplinare, delle spese sostenute o la liquidazione delle indennità, l'Assistito deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, di norma entro 30 gg. dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura. La richiesta deve essere corredata dalla documentazione attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica anche delle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcella debitamente quietanzate ed infine dalla eventuale ulteriore documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso. Le ricevute di spesa devono essere trasmesse a Previgien Assistenza, mediante web (con scansione della documentazione e inoltro tramite il sito [www.aongate.it/bancaitalia](http://www.aongate.it/bancaitalia)) ovvero a mezzo posta a Previgien Assistenza c/o AON Hewitt, Via Andrea Ponti 8/10 – 20143 Milano.

La Cassa effettua il rimborso dovuto direttamente al Titolare anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare - entro il termine di 30 gg. (termine decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente disciplinare ivi inclusa quella relativa all'eventuale struttura sanitaria convenzionata che ha erogato la prestazione). La Cassa può richiedere eventuale documentazione integrativa per una sola volta e secondo principi di correttezza e buona fede entro 15 giorni dalla ricezione della richiesta di liquidazione; in tal caso il termine per la definizione del sinistro sarà di 15 giorni dalla ricezione della documentazione integrativa o di eventuali controdeduzioni del Titolare. Ove, successivamente, il rimborso dovuto risulti inferiore a quello erogato o risulti non dovuto affatto, la Cassa provvederà allo storno parziale o totale dell'importo rimborsato. Nei casi eccezionali in cui il rimborso non possa avvenire nel previsto termine , la Cassa corrisponderà una maggiorazione

automatica del rimborso – a titolo di risarcimento danni e sanzione forfetaria - pari allo 0,02 % (zerovirgolazeroduepercento) per ogni giorno di calendario.

I rimborsi vengono effettuati in Italia in Euro; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono effettuati in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dalla Banca d'Italia.

Gli Assistiti si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi ad eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della Cassa, in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistibilità.

#### **ART. 7 – CONTROVERSIE**

Le controversie di natura medica potranno essere deferite a un collegio arbitrale composto da tre medici, i cui membri verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel capoluogo di provincia del luogo di residenza dell'assistito. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico, esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del collegio, assunte a maggioranza, sono vincolanti per le parti che rinunciano a impugnarle salvi i casi di violenza, dolo, errore grave o violazione di patti contrattuali.

La cognizione di qualsiasi controversia di natura medica tra le parti (Assistito e Cassa) sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi, è devoluta alla competenza del Foro di residenza dell'Assistito, salvo diverso accordo scritto intervenuto successivamente tra i predetti soggetti.

## ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

### **STOMACO-DUODENO**

- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

### **INTESTINO**

- Colectomia totale.
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia.

### **RETTO-ANO**

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo.
- Idem per via addomino perineale: in più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

### **ERNIE**

- Intervento iatale con tonduplicatio.

### **FEGATO E VIE BILIARI**

- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

### **PANCREAS-MILZA**

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudo-cisti:
  - enucleazione delle cisti
  - marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi sul pancreas:
  - a) totale o della testa
  - b) della coda.
- Anastomosi porta-cava, spleno renale, mesenterico-cava.

### **CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO**

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazione per encefalo-meningocele.
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Emisferectomia.
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica.

### **SIMPATICO E VAGO**

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.

### **CHIRURGIA VASALE**

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.
- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi.

### **CRANIO**

(Vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

### **FACCIA E BOCCA**

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.

- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Resezione parotide per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

### **COLLO**

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Timectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

### **TORACE**

- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumonectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.
- Pleuropneumonectomia.
- Toracectomia ampia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Timectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

### **CHIRURGIA TORACICA**

- Pericardiectomia parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriostomia per trasposizione dei grossi vasi.
- Derivazioni aorto-polmonari.
- Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia della arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica).

### **ESOFAGO**

(Vedi anche otorinolaringoiatria).

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali.
- Esofagoplastica.
- Reintervento per megaesofago.

### **CHIRURGIA PEDIATRICA**

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:
  - a) resezione con reimpianto
  - b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.

- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

### **ARTICOLAZIONI**

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.
- Artoplastica delle grandi articolazioni.

### **UROLOGIA**

- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi (o colon).
- Nefrotomia bivalve in ipotermia.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Surrenelectomia.

### **APPARATO GENITALE MASCHILE**

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.

### **GINECOLOGIA**

- Pannistectomy radicale per via addominale per tumore maligno.

### **OCULISTICA**

- Iridocicloterazione da glaucoma.

### **OTORINOLARINGOIATRIA**

Naso

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laringectomy totale.
- Faringolaringectomy.

Orecchio

- Antro-atticotomia.

### **TRAPIANTI D'ORGANO**

Tutti.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

<p><b>Questo modulo deve essere compilato dall'interessato, rispondendo specificatamente a tutte le domande e regolarmente sottoscritto.</b></p>					
<p><b>TITOLARE DELL'ASSISTENZA:</b></p>					
<p>Io sottoscritto..... (cognome e nome)</p>					
<p>..... (data di nascita)</p>			<p>..... (telefono)</p>		
<p>Indirizzo..... (via e numero) (c.a.p.) (città)</p>					
<p><b>1) È MAI STATO RICOVERATO IN CASA DI CURA, OSPEDALI, ECC., PER MALATTIE O INFORTUNI?</b></p>		<p>no <input type="checkbox"/></p>	<p>si <input type="checkbox"/></p>	<p>EPOCA ..... ..... .....</p>	<p>MOTIVO DEL RICOVERO (Diagnosi) ..... ..... .....</p>
<p><b>HA SUBITO INTERVENTI OPERATORI?</b></p>		<p>no <input type="checkbox"/></p>	<p>si <input type="checkbox"/></p>	<p>..... ..... .....</p>	<p>..... ..... .....</p>
<p><b>2) HA SOFFERTO O SOFFRE DI MALATTIE? IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA SPECIFICARNE IL TIPO, L'EPOCA DI INSORGENZA E LA DURATA</b></p>					
<p><b>DELL'APPARATO RESPIRATORIO?</b></p>		<p>no <input type="checkbox"/></p>	<p>si <input type="checkbox"/></p>	<p>pleuriti <input type="checkbox"/>                      broncopatie <input type="checkbox"/>                      enfisema <input type="checkbox"/>                      tumori <input type="checkbox"/>                      altre <input type="checkbox"/></p>	<p>DURATA EPOCA                      .....                      .....                      .....                      .....                      .....</p>
<p><b>DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO?</b></p>		<p>no <input type="checkbox"/></p>	<p>si <input type="checkbox"/></p>	<p>infarto <input type="checkbox"/>                      angina pectoris <input type="checkbox"/>                      ipertensione <input type="checkbox"/>                      insuff. cardiaca <input type="checkbox"/>                      varici <input type="checkbox"/>                      artereopatie <input type="checkbox"/>                      altre <input type="checkbox"/></p>	<p>DURATA EPOCA                      .....                      .....                      .....                      .....                      .....                      .....</p>
<p><b>DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE?</b></p>		<p>no <input type="checkbox"/></p>	<p>si <input type="checkbox"/></p>	<p>epilessia <input type="checkbox"/>                      ictus cerebrale <input type="checkbox"/>                      morbo di Parkinson <input type="checkbox"/>                      tumori <input type="checkbox"/>                      malattie psichiatriche <input type="checkbox"/>                      altre <input type="checkbox"/></p>	<p>DURATA EPOCA                      .....                      .....                      .....                      .....                      .....</p>
<p><b>DEL SISTEMA ENDOCRINO E DEL METABOLISMO?</b></p>		<p>no <input type="checkbox"/></p>	<p>si <input type="checkbox"/></p>	<p>diabete mellito <input type="checkbox"/>                      gotta <input type="checkbox"/>                      alt. tiroide e paratiroidi <input type="checkbox"/>                      altre <input type="checkbox"/></p>	<p>DURATA EPOCA                      .....                      .....                      .....                      .....</p>



DELL'APPARATO UROLOGICO?	no	si	nefrite ..	<input type="checkbox"/>	DURATA	EPOCA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	calcolosi renale	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			insuff. renale	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			tumori	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			altre	<input type="checkbox"/>	.....	.....
DELL'APPARATO GENITALE?	no	si	m. della prostata	<input type="checkbox"/>	DURATA	EPOCA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. della mammella	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			m. delle ovaie	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			m. dell'utero	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			altre	<input type="checkbox"/>	.....	.....
DELL'APPARATO DIGERENTE?	no	si	gastrite	<input type="checkbox"/>	DURATA	EPOCA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ulcera gastro-duodenale	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			malattie dell'intestino	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			tumori	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			cirrosi epatica	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			epatite	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			calcolosi epatica	<input type="checkbox"/>	.....	.....
		altre	<input type="checkbox"/>	.....	.....	
MALATTIA DELL'APPARATO OSTEO-ARTICOLARE E LOCOMOTORE?	no	si	artrosi	<input type="checkbox"/>	DURATA	EPOCA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	artrite reumatoide	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			distrofia muscolare	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			altre	<input type="checkbox"/>	.....	.....
				<input type="checkbox"/>	.....	.....
DEL SANGUE?	no	si	anemie	<input type="checkbox"/>	DURATA	EPOCA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	malattie emorragiche	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			leucemie	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			altre	<input type="checkbox"/>	.....	.....
				<input type="checkbox"/>	.....	.....
DELL'APPARATO VISIVO?	no	si	cataratta	<input type="checkbox"/>	DURATA	EPOCA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	distacco retina	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			glaucoma	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			altre	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			indicazione del visus	<input type="checkbox"/>	.....	.....
3) È STATO SOTTOPOSTO A TERAPIA RADIANTE?	no	si		<input type="checkbox"/>	EPOCA	MOTIVAZIONE SANITARIA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....	.....	.....
4) HA IMPERFEZIONI FISICHE O FUNZIONALI? (specificarne la natura e l'entità)	no	si	alterazioni uditive	<input type="checkbox"/>	ENTITÀ	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	alterazioni degli arti	<input type="checkbox"/>	.....	.....
SÓFFRÈ DI PATOLOGIE CONGENITE?	no	si	altre	<input type="checkbox"/>	.....	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quali	<input type="checkbox"/>	.....	
5) HA SUBITO TRAUMI O FRATTURE O LESIONI ACCIDENTALI? (specificarne l'esito)	no	si	del cranio	<input type="checkbox"/>	ESITI	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	degli organi di senso	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			degli arti	<input type="checkbox"/>	.....	.....
			di altre sedi	<input type="checkbox"/>	.....	.....

(\*) Crocettare la casella che interessa, specificando dove richiesto

Si conferma che le dichiarazioni da me sopra fornite sono veritiere e complete e si riconosce che le stesse si riferiscono a circostanze essenziali agli effetti dell'erogazione dell'assistenza da parte della  
In attesa di conoscere le determinazioni che verranno adottate, porgo distinti saluti.

....., II.....

.....  
(firma)



**CASSA DI ASSISTENZA INTEGRATIVA PER I DIPENDENTI DELLE AZIENDE CONVENZIONATE**

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI (D.LGS. 196/2003)**

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che PreviGen Assistenza e Assicurazioni Generali SpA - autonomi Titolari del Trattamento - tratteranno i Suoi dati personali con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - strettamente necessarie per fornirLe i servizi richiesti.

Tali dati possono essere conosciuti dai rispettivi collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi possono essere utilizzate Società del Gruppo Generali ed altre Società di fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione. Senza i Suoi dati non potremo fornirLe i servizi richiesti.

Ai sensi dell'art. 7 D. Lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

LEI POTRÀ ESERCITARE TALI DIRITTI E RICHIEDERE OGNI INFORMAZIONE IN MERITO AI SOGGETTI O ALLE CATEGORIE DI SOGGETTI CUI VENGONO COMUNICATI I DATI O CHE POSSONO VENIRNE A CONOSCENZA IN QUALITÀ DI RESPONSABILI O INCARICATI PREPOSTI AI TRATTAMENTI SOPRA INDICATI, RIVOLGENDOSI A:

- PER PREVIGEN ASSISTENZA: *UFFICIO SERVIZI PER PREVIGEN FONDO PENSIONE E PREVIGEN ASSISTENZA – VIA MAROCCHESA 14, 31021 MOGLIANO VENETO – TV, FAX 041.549.4565; E-MAIL PREVIGENASSISTENZA@GENERALI.IT*, RESPONSABILE DESIGNATO PER IL RISCONTRO ALL'INTERESSATO IN CASO DI ESERCIZIO DEI DIRITTI DI CUI ALL'ART. 7 DEL D. LGS.196/2003;
- PER ASSICURAZIONI GENERALI SPA: *GENERALI CORPORATE SERVICES S.C.A.R.L. – PRIVACY GRUPPO ITALIA, VIA MAROCCHESA 14, 31021 MOGLIANO VENETO TV, TEL. 041.549.2599 FAX 041.549.2235*, RESPONSABILE DESIGNATO PER IL RISCONTRO ALL'INTERESSATO IN CASO DI ESERCIZIO DEI DIRITTI DI CUI ALL'ART. 7 DEL D. LGS.196/2003.

IL SITO [WWW.PREVIGEN.IT](http://WWW.PREVIGEN.IT) - SEZIONE PREVIGEN CASSA DI ASSISTENZA RIPORTA LE INFORMATIVE AGGIORNATE ED EVENTUALI ULTERIORI NOTIZIE IN MATERIA DI PRIVACY.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato da PreviGen Assistenza e Assicurazioni Generali SpA, alla loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Nome e cognome (*leggibili*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Titolare dell'Assistenza

\_\_\_\_\_  
FIRMA DI ALTRI INTERESSATI (\*)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(\*) FIRMA DEGLI ALTRI SOGGETTI ASSISTITI INTERESSATI

## VARIAZIONI IN ENTRATA E IN USCITA

ASSISTENZE PREVIGEN dall'1.7.2012 al 30.6.2014

Sarà a breve disponibile in Siparium l'applicazione che consentirà, al verificarsi delle fattispecie di seguito indicate, l'inserimento, la variazione o la cessazione dell'assistenza nel corso del periodo di vigenza del contratto con la Cassa PREVIGEN.

Si rammenta in proposito che:

la prima annualità assistenziale va dall'1.7. 2012 al 30.6.2013;

la seconda annualità assistenziale va dall'1.7.2013 al 30.6.2014.

(eventuale proroga per un'ulteriore annualità assistenziale 1.7.2014-30.6.2015)

Operativamente i dipendenti potranno effettuare le variazioni accedendo direttamente all'applicazione Siparium Assistenza Sanitaria, mentre i soggetti che non hanno accesso a Siparium dovranno comunicare alla Filiale/Unità segretariale di riferimento la variazione da operare.

### ASSISTENZA “BASE” E “OPZIONE PLUS”

#### 1) Assunzione

Il personale di nuova assunzione può aderire alle assistenze “Base” e facoltativamente “Opzione plus” entro il termine di 30 giorni dalla data di presa di servizio (decorrenza economica dell'assunzione); l'assistenza decorre in ogni caso dalla data di presa di servizio.

I contributi sono dovuti nella misura del 100% ovvero del 60% a seconda che la predetta data sia compresa nel primo ovvero nel secondo semestre dell'annualità assistenziale.

Si rammenta che sarà cura del neoassunto comunicare direttamente a PREVIGEN il codice IBAN del proprio conto corrente, per la liquidazione dei rimborsi spese, aggiornando il proprio profilo sul sito di PREVIGEN all'indirizzo [www.aongate.it/bancaitalia](http://www.aongate.it/bancaitalia). In alternativa, il codice IBAN potrà essere fornito in occasione della prima richiesta di rimborso.

#### 2) Nascita/adozione/affidamento di un figlio fiscalmente a carico ovvero matrimonio con persona fiscalmente a carico

L'inserimento nell'assistenza “Base” e, ove già attivata, nell'assistenza “Opzione plus” deve essere effettuato entro il termine di 60 giorni dalla data dell'evento.

L'assistenza "Opzione plus" viene obbligatoriamente ed automaticamente estesa al figlio/coniuge se è già attiva per i soggetti iscritti all'assistenza "Base".

L'assistenza decorre dalla data dell'evento.

3) **Nascita/adozione/affidamento di un figlio fiscalmente NON a carico ovvero matrimonio con persona fiscalmente NON a carico**

L'inserimento nell'assistenza "Base" e, ove già attivata, nell'assistenza "Opzione plus" deve essere effettuato entro il termine di 30 giorni dalla data dell'evento.

Il coniuge o il figlio deve essere obbligatoriamente inserito nell'assistenza "Base", qualora la stessa sia già stata attivata con decorrenza 1.7.2012 per altri familiari cd. "facoltativamente assistibili" che a tale data rientravano nello stesso stato di famiglia; l'inserimento non è invece consentito qualora l'assistenza stessa non sia stata attivata, con decorrenza 1.7.2012, in favore degli altri familiari cd. "facoltativamente assistibili" che alla predetta data rientravano nello stesso stato di famiglia.

L'assistenza "Opzione plus" viene obbligatoriamente ed automaticamente estesa al coniuge o al figlio se è già attiva per altri soggetti "facoltativamente assistiti" al 1° luglio 2012 iscritti all'assistenza "Base"; l'iscrizione non è invece consentita qualora l'assistenza stessa non sia stata attivata, con decorrenza 1.7.2012, in favore degli altri familiari "facoltativamente assistibili" che alla predetta data rientravano nello stesso stato di famiglia.

L'assistenza decorre dalla data dell'evento.

I contributi per l'anno di inserimento sono dovuti nella misura del 100% ovvero del 60% a seconda che la data dell'evento sia compresa nel primo ovvero nel secondo semestre dell'annualità assistenziale.

4) **Rientro da aspettativa**

Il dipendente che, alla data dell'1.7.2012, si trovi in aspettativa per assunzione di impieghi in Italia o all'estero ovvero per la frequenza di corsi di studio in Italia o all'estero ovvero per l'assunzione di cariche politiche, amministrative o sindacali non può essere iscritto alle diverse assistenze; tuttavia, al rientro in servizio in corso di vigenza del contratto, può aderire alle assistenze "Base" e, facoltativamente, "Opzione plus" entro il termine di 30 giorni dalla data di rientro in servizio.

L'assistenza decorre dalla predetta data; i contributi per l'anno assistenziale di rientro sono dovuti nella misura del 100% ovvero del 60% a seconda che la data stessa sia compresa nel primo ovvero nel secondo semestre dell'annualità assistenziale.

5) **Collocamento in aspettativa**

Qualora il dipendente che abbia aderito alle assistenze “Base” e, eventualmente, “Opzione plus” sia collocato in aspettativa per assunzione di impieghi in Italia o all’estero ovvero per la frequenza di corsi di studio in Italia o all’estero ovvero per l’assunzione di cariche politiche, amministrative o sindacali, le assistenze rimangono in essere per il periodo dell’aspettativa, ma non oltre il 30 giugno dell’annualità assistenziale nella quale ha avuto inizio l’aspettativa stessa. In tal caso i contributi dovuti e non ancora versati verranno recuperati in unica soluzione in occasione della prima liquidazione utile.

Nel caso in cui il periodo di aspettativa abbia termine durante la vigenza del contratto trovano applicazione le previsioni di cui al precedente punto “4) Rientro da aspettativa”.

6) **Venir meno di “analoga assistenza” di un familiare**

I familiari assistibili che già fruiscono di “analoga assistenza” – da intendersi come altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro di uno di essi - possono, entro 30 giorni dal venir meno di quest’ultima, inserirsi nell’assistenza “Base” e, ove già attivata, nell’assistenza “Opzione plus”; in tali ipotesi l’assistenza decorre dal giorno successivo a quello del venir meno della precedente copertura.

Il familiare deve essere obbligatoriamente inserito nell’assistenza “Base” qualora la stessa sia già stata attivata per altri familiari cd. “facoltativamente assistibili”; l’inserimento non è invece consentito qualora l’assistenza stessa non sia stata attivata, con decorrenza 1.7.2012, in favore degli altri familiari cd. “facoltativamente assistibili” che alla predetta data rientravano nello stesso stato di famiglia.

L’assistenza “Opzione plus” viene obbligatoriamente e automaticamente estesa al familiare se è già attiva per gli altri soggetti “facoltativamente assistiti” iscritti all’assistenza “Base”; l’iscrizione non è invece consentita qualora l’assistenza stessa non sia stata attivata, con decorrenza 1.7.2012, in favore degli altri familiari “facoltativamente assistibili” che alla predetta data rientravano nello stesso stato di famiglia.

I contributi per l’anno assistenziale di inserimento sono dovuti nella misura del 100% ovvero del 60% a seconda che la data di cessazione della precedente copertura sanitaria collettiva sia compresa nel primo ovvero nel secondo semestre dell’annualità assistenziale.

7) **Variazione di *status* fiscale di coniuge o figlio**

Lo *status* fiscale da considerare ai fini dell’inserimento nelle assistenze è convenzionalmente quello dell’anno solare precedente all’inizio dell’annualità assistenziale (ad es., se lo *status*

fiscale viene modificato nel corso del 2012, la conseguente variazione del profilo assistenziale decorre dal 1° luglio 2013). In particolare:

- in caso di acquisizione del carico fiscale, il contributo pro-capite per le assistenze “Base” e “Opzione plus” eventualmente attive resta comunque dovuto fino al 30 giugno successivo all’anno solare in cui è stato acquisito il carico fiscale (ad es., se il carico fiscale viene acquisito nel 2012, il contributo resta comunque dovuto fino al 30 giugno 2013); l’inserimento del coniuge/figlio nel nucleo degli assistiti come familiari a carico – da comunicare entro il 15 maggio dell’anno successivo all’evento - avrà quindi effetto dal successivo 1° luglio;
- in caso di perdita del carico fiscale – da comunicare entro il 15 maggio dell’anno successivo all’evento - il coniuge/figlio può essere iscritto nell’assistenza “Base” ed eventualmente “Opzione plus” come familiare facoltativamente assistibile con effetto dal successivo 1° luglio; peraltro tale inserimento:
  - è obbligatorio nel caso in cui gli altri familiari facoltativamente assistibili anagraficamente conviventi con il coniuge/figlio siano già iscritti nell’assistenza “Base” ed eventualmente “Opzione plus” con decorrenza 1.7.2012;
  - non è consentito qualora gli altri familiari facoltativamente assistibili anagraficamente conviventi con il coniuge/figlio non siano stati iscritti nell’assistenza “Base” ed eventualmente “Opzione plus” con decorrenza 1.7.2012.

In tutti i casi di inserimento in assistenza di un familiare fiscalmente non a carico, il contributo pro-capite è dovuto a far tempo dal 1° luglio dell’anno successivo a quello di perdita del carico.

#### 8) **Variatione dello stato di convivenza anagrafica con familiare entro il 3° grado**

Nel caso dell’insorgere di una nuova convivenza anagrafica con un familiare entro il 3° grado, quest’ultimo può essere inserito nell’assistenza “Base” quale familiare facoltativamente assistibile e, eventualmente, nell’assistenza “Opzione plus”, con decorrenza dalla data dell’evento; l’inserimento deve essere effettuato entro il termine di 30 giorni dalla predetta data. L’inserimento stesso:

- è obbligatorio nel caso in cui altri “familiari facoltativamente assistibili” siano già iscritti nell’assistenza “Base” ed eventualmente “Opzione plus”;
- non è consentito qualora gli altri “familiari facoltativamente assistibili” non siano stati iscritti nell’assistenza “Base” ed eventualmente “Opzione plus” con decorrenza 1.7.2012.

I contributi per l'anno assistenziale di inserimento sono dovuti nella misura del 100% ovvero del 60% a seconda che la predetta data sia compresa nel primo ovvero nel secondo semestre dell'annualità assistenziale.

Qualora, invece, venga meno la convivenza anagrafica con un familiare entro il 3° grado, le assistenze "Base" ed, eventualmente, "Opzione plus" rimangono in essere fino al 30 giugno successivo al termine della convivenza; i contributi sono pertanto dovuti per l'intera annualità assistenziale. La relativa segnalazione dovrà essere effettuata entro 60 giorni dalla data dell'evento.

9) **Variazione dello stato di famiglia con convivente more uxorio e relativi figli**

In caso di maturazione del 3° anno di convivenza more uxorio o dell'insorgere di convivenza anagrafica con i figli di questo, tali soggetti possono essere inseriti nell'assistenza "Base" quali familiari facoltativamente assistibili ed, eventualmente, nell'assistenza "Opzione plus", con decorrenza dalla data dell'evento; l'inserimento deve essere effettuato entro il termine di 30 giorni dalla predetta data. L'inserimento stesso non è consentito qualora altri familiari facoltativamente assistibili non siano stati iscritti con decorrenza 1.7.2012.

I contributi per l'anno assistenziale di inserimento sono dovuti nella misura del 100% ovvero del 60% a seconda che la predetta data sia compresa nel primo ovvero nel secondo semestre dell'annualità assistenziale.

Qualora, invece, venga meno la convivenza anagrafica con il convivente more uxorio o con i figli di questo, le assistenze "Base" ed, eventualmente, "Opzione plus" rimangono in essere fino al 30 giugno successivo al termine della convivenza; i contributi sono pertanto dovuti per l'intera annualità assistenziale.

La relativa segnalazione dovrà essere effettuata entro 60 giorni dalla data dell'evento.

10) **Cessazione con diritto a pensione (anche differita)**

In caso di cessazione dal servizio con diritto a pensione a carico della Banca, le assistenze "Base" ed, eventualmente, "Opzione plus" rimangono in essere fino al 30 giugno dell'annualità assistenziale in cui ha avuto luogo la cessazione; i contributi sono pertanto dovuti per l'intera annualità assistenziale.

In tale ipotesi, entro la data di cessazione, il dipendente deve formalmente esercitare una delle seguenti facoltà:

- prosecuzione nell'assistenza, a far tempo dal 1° luglio successivo, mantenendo l'intera situazione assistenziale in essere (assistenze "Base" ed, eventualmente, "Opzione plus");

- opzione, a far tempo dal 1° luglio dell'anno successivo, per l'assistenza "Grandi rischi pensionati", cessando tutte le assistenze in essere;
- rinuncia ad ogni copertura assistenziale, con effetto dal 1° luglio successivo.

Coloro che, non iscritti ad alcuna assistenza, cessano dal servizio con diritto a pensione a carico della Banca potranno unicamente aderire, a far tempo dal 1° luglio dell'anno successivo, all'assistenza "Grandi rischi pensionati".

11) **Cessazione senza diritto a pensione**

In caso di cessazione dal servizio senza diritto a pensione, le assistenze attive rimangono in essere fino al 30 giugno successivo alla cessazione. I contributi sono pertanto dovuti per l'intera annualità assistenziale e, qualora non ancora versati, verranno recuperati in unica soluzione in occasione della prima liquidazione utile.

12) **Decesso del dipendente/pensionato**

In caso di decesso del dipendente/pensionato, le assistenze attive rimangono in essere fino al 30 giugno successivo al decesso. I contributi sono pertanto dovuti per l'intera annualità assistenziale e, qualora non ancora versati, verranno recuperati in unica soluzione in occasione della prima liquidazione utile.

In tale ipotesi i familiari assistiti hanno la facoltà di proseguire nelle assistenze nelle quali sono inseriti fino alla scadenza del contratto, con onere a loro esclusivo carico. A tal fine uno dei familiari deve "subentrare" nella posizione assistenziale del deceduto, con obbligo di versare il contributo nella misura in precedenza prevista per il deceduto stesso. L'istanza deve essere avanzata entro il termine di 30 giorni dal decesso.

13) **Decesso del coniuge/figlio fiscalmente a carico**

La variazione verrà acquisita automaticamente ai fini dell'assistenza sanitaria dopo che l'interessato avrà aggiornato l'anagrafica nel processo "Dati dei familiari".

14) **Decesso di altro familiare facoltativamente assistito**

Le assistenze attive a nome del deceduto ("Base" come familiare facoltativamente assistibile e, eventualmente, "Opzione plus") rimangono in essere fino all'ultimo giorno del mese in cui si è avuto notizia del decesso e i contributi sono dovuti sino alla fine dell'annualità assistenziale in cui è avvenuto il decesso. Nelle sole ipotesi in cui non siano già state fornite prestazioni o erogati rimborsi a favore del deceduto, il dipendente/pensionato potrà richiedere,



tramite l'Unità segretariale/ Filiale di riferimento, la restituzione dei contributi versati dal mese successivo a quello di comunicazione del decesso; in esito a tale istanza, la Cassa provvederà a rimborsare al dipendente/pensionato la parte effettivamente non dovuta una volta verificato lo stato delle prestazioni eventualmente fornite e dei rimborsi eventualmente erogati.

La variazione verrà acquisita automaticamente ai fini dell'assistenza sanitaria dopo che l'interessato avrà aggiornato l'anagrafica nel processo "Dati dei familiari".

15) **Adesione di un familiare facoltativamente assistibile ad altra copertura sanitaria collettiva**

Qualora un familiare aderisca alla copertura sanitaria collettiva predisposta dal datore di lavoro, il dipendente/pensionato ha facoltà di recedere dalle assistenze attive a suo nome ("Base" come familiare facoltativamente assistibile ed, eventualmente, "Opzione plus") a far tempo dalla data di adesione all'altra copertura sanitaria collettiva. In tal caso le assistenze rimangono in essere fino all'ultimo giorno dell'annualità assistenziale nella quale il familiare aderisce alla copertura predisposta dal datore di lavoro e il contributo è dovuto per l'intera annualità assistenziale.

La relativa segnalazione dovrà essere effettuata entro 60 giorni dalla data dell'evento.

\* \* \*

## **ASSISTENZA GRANDI RISCHI PENSIONATI**

### **Matrimonio e/o insorgere di convivenza con coniuge**

L'inserimento nell'assistenza deve essere effettuato entro il termine di 60 giorni dalla data dell'evento e non comporta corresponsione di contributi aggiuntivi. L'assistenza decorre dalla data dell'evento.

### **Divorzio/Venir meno di convivenza con coniuge**

La variazione verrà acquisita automaticamente ai fini dell'assistenza sanitaria dopo che l'interessato avrà aggiornato l'anagrafica nel processo "Dati dei familiari".

### **Insorgere di convivenza di un figlio fiscalmente a carico**

L'inserimento nell'assistenza deve essere effettuato entro il termine di 30 giorni dalla data dell'evento; il contributo per l'anno assistenziale di inserimento è dovuto nella misura del 100%

ovvero del 60% a seconda che la predetta data sia compresa nel primo ovvero nel secondo semestre dell'annualità assistenziale.

L'assistenza decorre dalla data dell'evento.

### **Acquisizione/cessazione di carico fiscale di un figlio convivente**

Lo *status* fiscale da considerare ai fini dell'inserimento nelle assistenze è convenzionalmente quello dell'anno solare precedente all'inizio dell'annualità assistenziale (ad es., se lo status fiscale viene modificato nel corso del 2012, la conseguente variazione del profilo assistenziale decorre dal 1° luglio 2013). In particolare:

- in caso di acquisizione del carico fiscale – da comunicare entro il 15 maggio dell'anno successivo all'evento - il figlio può essere iscritto nell'assistenza “Grandi rischi pensionati” con effetto dal successivo 1° luglio; peraltro tale inserimento:
  - è obbligatorio nel caso in cui altri figli anagraficamente conviventi con il pensionato e fiscalmente a carico siano già iscritti nell'assistenza con decorrenza 1.7.2012;
  - non è consentito qualora altri figli anagraficamente conviventi con il pensionato e fiscalmente a carico non siano stati iscritti nell'assistenza con decorrenza 1.7.2012.

L'inserimento del figlio nel nucleo degli assistiti come familiari a carico avrà quindi effetto dal successivo 1° luglio; il contributo pro-capite è dovuto a far tempo dal 1° luglio dell'anno successivo a quello di acquisizione del carico fiscale;

- in caso di perdita del carico fiscale – da comunicare entro il 15 maggio dell'anno successivo all'evento - il contributo pro capite per l'assistenza resta comunque dovuto fino al 30 giugno successivo all'anno solare in cui è cessato il carico fiscale; la cessazione del figlio dall'assistenza avrà effetto dal successivo 1° luglio.

### **Venir meno di convivenza del figlio a carico**

La variazione verrà acquisita automaticamente ai fini dell'assistenza sanitaria dopo che l'interessato avrà aggiornato l'anagrafica nel processo “Dati dei familiari”.

## LONG TERM CARE PER I DIPENDENTI DELLA BANCA D'ITALIA

Con riferimento a quanto previsto nell'Allegato 1, art. 4, lettera G e nell'Allegato 2, art. 4, lettera E si precisa quanto segue.

### Art. 1

#### **Perdita di autosufficienza permanente dell'Assistito**

La perdita di autosufficienza dell'Assistito nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana in modo presumibilmente permanente avviene quando l'Assistito è incapace di svolgere gli "atti elementari della vita quotidiana" sotto indicati e per il cui svolgimento necessita di assistenza da parte di un'altra persona:

- farsi il bagno o la doccia
- vestirsi e svestirsi
- igiene del corpo
- mobilità
- continenza
- bere e mangiare.

La perdita di autosufficienza viene riconosciuta quando l'Assistito abbia raggiunto il punteggio di almeno 40 punti con i criteri e le modalità riportati nella Tabella A.

### Art. 2

#### **Denuncia, accertamento e riconoscimento della perdita di autosufficienza**

Verificatasi la perdita di autosufficienza permanente dell'Assistito, l'Assistito stesso o altra persona che lo rappresenti deve richiedere per iscritto il riconoscimento alla Cassa, utilizzando il mod. 3LTC e allegando alla richiesta:

- a) un certificato del medico curante che comprovi la perdita di autosufficienza, o un suo aggravamento rispetto a precedenti richieste non riconosciute dalla Cassa redatto sul mod. 2LTC;
- b) una relazione medica del medico curante e/o del medico di base che certifichi le cause della perdita di autosufficienza di cui al punto a) o, nel caso di precedenti richieste non riconosciute dalla Cassa, le sopravvenute cause di un suo aggravamento, redatta sul mod. 1LTC;

tale documentazione andrà inviata a Previgén Assistenza alternativamente:

- con modalità web all'indirizzo: **comunico\_ltc@generali.it**
- a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno a Previgén Assistenza, Via Marocchese 14, - stanza L1 129 - 31021 – Mogliano Veneto TV.

Dalla data di ricevimento di tale documentazione – *data di denuncia* – decorre il *periodo di accertamento* da parte della Cassa che, in ogni caso, non può superare i sei mesi. La denuncia non può essere presentata trascorsi 2 mesi dal termine del contratto.

La Cassa si riserva di richiedere all'Assistito informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Ultimati i

controlli medici la Cassa comunica per iscritto all'Assistito stesso, entro e non oltre il periodo di accertamento, se riconosce o meno lo stato di non autosufficienza.

### **Art. 3**

#### **Rivedibilità dello stato di non autosufficienza**

La Cassa ha il diritto di effettuare successivi accertamenti della condizione di non autosufficienza dell'Assistito, non più di una volta ogni tre anni. In tale occasione sarà richiesta almeno la presentazione di un certificato del medico curante che attesti la permanenza dello stato di non autosufficienza.

Se dagli eventuali accertamenti risultasse che l'Assistito non raggiunge il punteggio di almeno 40 punti con i criteri e le modalità riportati nella Tabella A, cessa immediatamente il presupposto per il rimborso delle spese per la garanzia Long Term Care.

**Tabella A: Attribuzione del punteggio nella fase di accertamento della perdita di autosufficienza**

<b>Farsi il bagno</b>		
1° grado	l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo	Punteggio 0
2° grado	l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno	Punteggio 5
3° grado	l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	Punteggio 10
<b>Vestirsi e svestirsi</b>		
1° grado	l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	Punteggio 0
2° grado	l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo	punteggio 5
3° grado	l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo	punteggio 10
<b>Igiene del corpo</b>		
1° grado	l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati da (1), (2) e (3): (1) andare al bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato al bagno	punteggio 0
2° grado	l'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	punteggio 5
3° grado	l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	punteggio 10
<b>Mobilità</b>		
1° grado	l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza da parte di terzi	punteggio 0
2° grado	l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto	punteggio 5
3° grado	l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi	punteggio 10
<b>Continenza</b>		
1° grado	l'Assistito è completamente continente	punteggio 0
2° grado	l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	punteggio 5
3° grado	l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come il catetere o colostomia	punteggio 10
<b>Bere e mangiare</b>		
1° grado	l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	punteggio 0
2° grado	l'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: - sminuzzare/tagliare il cibo - sbucciare la frutta - aprire un contenitore/una scatola - versare bevande nel bicchiere	punteggio 5
3° grado	l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	Punteggio 10



**RICHIESTA DI ACCERTAMENTO DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA (LONG TERM CARE)  
PER I DIPENDENTI DELLA BANCA D'ITALIA**

da inviare a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno a:  
CASSA PREVIGEN, Via Marocchesa 14, 31021 – Mogliano Veneto TV)

**Il sottoscritto (nome e cognome):** \_\_\_\_\_

**chiede il riconoscimento della perdita di autosufficienza\***

**per l'assistito (nome e cognome)** \_\_\_\_\_

**dipendente della Banca d'Italia.**

A tal proposito l'Assistito allega alla presente:

- fotocopia di un documento di identità valido;
- fotocopia del codice fiscale;
- certificato del medico curante che attesti la perdita di autosufficienza (Modello 2 LTC);
- relazione medica delle cause della perdita di autosufficienza redatta dal medico curante su apposito modello fornito dalla Cassa (Modello 1 LTC);
- eventuale documentazione medica aggiuntiva;
- eventuale documentazione ufficiale comprovante lo status di legale rappresentante (procura speciale/generale) corredata dei dati anagrafici del legale rappresentante stesso (nome, cognome, data di nascita e codice fiscale);
- informativa e consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili.

\_\_\_\_\_  
***Luogo e data della richiesta***

\_\_\_\_\_  
***Firma dell'assistito o del legale rappresentante***

Si ricorda inoltre che

- La Cassa si riserva di richiedere all'Assistito informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.
- Ultimati i controlli medici, la Cassa comunica per iscritto all'Assistito stesso, entro e non oltre il periodo di accertamento, se riconosce o meno lo stato di non autosufficienza.

\* definita nell'allegato 7 al contratto.



---

## Cassa di Assistenza integrativa per i Dipendenti delle Aziende Convenzionate

### INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI (D.Lgs. 196/2003)

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che PreviGen Assistenza e Assicurazioni Generali SpA - autonomi Titolari del Trattamento - tratteranno i Suoi dati personali con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - strettamente necessarie per fornirLe i servizi richiesti.

Tali dati possono essere conosciuti dai rispettivi collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi possono essere utilizzate Società del Gruppo Generali ed altre Società di fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione. Senza i Suoi dati non potremo fornirLe i servizi richiesti.

Ai sensi dell'art. 7 D. Lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Lei potrà esercitare tali diritti e richiedere ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati, rivolgendosi a:

-Per PreviGen Assistenza: *Ufficio Servizi per PreviGen Fondo Pensione e PreviGen Assistenza – Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto – TV, fax 041.549.4565; e-mail [PreviGenAssistenza@generali.it](mailto:PreviGenAssistenza@generali.it)*, Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs.196/2003;

-Per Assicurazioni Generali SpA: *Generali Corporate Services S.c.a.r.l. – Privacy Gruppo Italia, Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV, tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235*, Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs.196/2003.

Il sito [www.previgen.it](http://www.previgen.it) - sezione PreviGen Cassa di Assistenza riporta le informative aggiornate ed eventuali ulteriori notizie in materia di privacy.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato da PreviGen Assistenza e Assicurazioni Generali SpA, alla loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Nome e cognome (*leggibili*)

Firma del Titolare dell'Assistenza  
o del legale rappresentante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## LONG TERM CARE

## CERTIFICATO ATTESTANTE LA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

## RELAZIONE DEL MEDICO

Dott. \_\_\_\_\_

**N.B. Si prega di scrivere molto CHIARO, rispondendo in forma PARTICOLAREGGIATA ed ESAURIENTE a TUTTE le domande.**

Cognome e Nome dell'Assistito/a: \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ età (anni) \_\_\_\_\_

DOMANDE DELLA CASSA	RISPOSTE DEL MEDICO
1. a. E' il medico curante dell'Assistito? b. Da quando?	1. a. .... b. ....
2. a. A quando risale l'ultima visita all'Assistito? b. Quale ne era la causa?	2. a. .... b. ....
3. E' parente dell'Assistito? Se sì, di quale grado?	3. ....
4. a. L'Assistito ha sofferto in passato di malattie o disturbi clinicamente rilevanti? Se sì, quando? b. Quale ne fu la durata e la terapia praticata? c. Sono residuati postumi?	4. a. .... b. .... c. ....
5. a. L'Assistito è mai stato ricoverato in ambiente ospedaliero? b. In che occasione e per quale motivo?	5. a. .... b. ....
6. a. E' a Sua conoscenza che l'Assistito abbia consultato altri medici? Quali medici? b. Quando e per quali malattie?	6. a. .... b. ....
7. a. Ha mai subito interventi chirurgici? b. Per quale ragione? c. Infortuni clinicamente rilevanti?	7. a. .... b. .... c. ....
8. Sono residuati sintomi o deficit funzionali?	8. ....

9.a. L'Assistito ha seguito una terapia che comporta assunzione di farmaci? Se sì, che tipo di farmaci? b. Ne fa ancora uso?	9. a. .... b. ....
10. L'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo?	10. ....
11. L'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?	11. ....
12. L'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia e durante l'attività stessa del farsi il bagno?	12. ....
13. L'Assistito è in grado di vestirsi e di svestirsi in modo completamente autonomo?	13. ....
14. L'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo?	14. ....
15. L'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?	15. ....
16. L'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2), e (3): (1) andare al bagno? (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi? (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno?	16. .... (1) ..... (2) ..... (3) .....
17. L'Assistito necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	17. ....
18. L'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	18. ....
19. L'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?	19. ....
20. L'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle?E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto?	20. ....
21. L'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi?	21. ....
22. L'Assistito è completamente continente?	22. ....

23. L'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?	23. .... .....
24. L'Assistito è completamente incontinente? Vengono utilizzati aiuti tecnici? Se si, quali?	24. .... .....
25. L'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	25. .... .....
26. L'Assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività preparatorie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sminuzzare/tagliare il cibo;</li> <li>• Sbucciare la frutta;</li> <li>• Aprire un contenitore/una scatola;</li> <li>• Versare bevande nel bicchiere;</li> </ul>	26. <ul style="list-style-type: none"> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> </ul>
27. L'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	27. .... ..... .....
28. L'Assistito vive da solo? Con familiari/altre persone	28. .... .....
29. L'Assistito vive con familiari/altre persone?	29. .... .....
30. Dove vive l'Assistito (appartamento, casa, ecc.) ? A che piano? C'è l'ascensore? Lo usa abitualmente?	30. .... .....
31. L'Assistito presenta condizioni generali di salute Buone, Ottime o Scadenti?	31. .... ..... .....
32. L'Assistito è in grado di: a.Fare la spesa? b.Guidare l'automobile? c.Fare pulizia? d.Maneggiare denaro? e.Praticare i suoi hobbies? f.Svolgere attività sportiva? g.Seguire correttamente una terapia medica? h.Telefonare?	32. a. .... b. .... c. .... d. .... e. .... f. .... g. .... h. ....
33. Esiste qualche anomalia manifesta delle capacità cognitive (pensiero, orientamento, giudizio, ricordi)? a.Esito Test Memoria Recente b.Esito Test Stato Mentale	34. .... a. .... b. ....

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Il Medico Curante**

**(firma e timbro)** \_\_\_\_\_

**(domicilio)** \_\_\_\_\_



## LONG TERM CARE

### RELAZIONE MEDICA SULLE CAUSE DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

Nome e Cognome del medico curante \_\_\_\_\_

Nome e cognome dell'Assistito \_\_\_\_\_

Data di nascita dell'Assistito \_\_\_\_\_

**N.B. A tale relazione dovrà essere unita la seguente documentazione clinica:**

- ✓ ricoveri;
  - ✓ visite specialistiche;
  - ✓ accertamenti strumentali che hanno portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza, compresi gli esami del sangue e delle urine.
- ❖ **Qualora la perdita di autosufficienza sia stata causata da infortunio o altra causa accidentale esterna (incidente stradale, incidente sul lavoro, accidenti non sul lavoro, ecc.) dovrà essere prodotta, in aggiunta a quanto sopra richiesto, idonea documentazione comprovante il verificarsi dell'evento (verbali della competente autorità, ritagli di giornale, referti medico legali, ecc...).**

E' Lei il medico abituale dell'Assistito? \_\_\_\_\_

Da quale epoca? \_\_\_\_\_

E' parente dell'Assistito? Se sì, di quale grado? \_\_\_\_\_

ANAMNESI PERSONALE REMOTA – indicare eventuali **patologie pregresse** dell’Assistito e le relative **date di insorgenza**.

Se l’Assistito non ha mai sofferto di patologie degne di nota, evidenziare questa circostanza in modo esplicito (non lasciare il campo in bianco e non usare abbreviazioni: descrivere in modo inequivocabile le eventuali patologie sofferte in passato).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Quali altri medici lo hanno visitato e a quali cure lo hanno sottoposto?

---

---

---

---

---

---

---

---

Quale è stato l’evento che ha portato alla perdita di autosufficienza? Quando si è verificato?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Quale è stata la sintomatologia all'inizio della malattia e quale il suo decorso?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Quali esami sono stati eseguiti durante il decorso? (indicare le date, le visite specialistiche, gli esiti dei laboratori di ricerca ed i risultati diagnostici ottenuti).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri (indicare, inoltre, il nome dell'ospedale o della Clinica privata):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Durante questi ricoveri quali esami sono stati eseguiti? Con quale risultato?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Quali diagnosi sono state fatte? Quali patologie sono state riscontrate?

---

---

---

---

---

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Il Medico Curante**

**(firma e timbro)** \_\_\_\_\_

**(domicilio)** \_\_\_\_\_



VADEMECUM  
PER L'UTILIZZO DELL'ASSISTENZA SANITARIA  
PREVIGEN

- Manuale di utilizzo del portale web
- Istruzione per l'invio delle richieste di rimborso tramite portale web
- Prestazioni mediche di emergenza
- Riferimenti operativi
- Assistenza diretta (istruzioni per l'attivazione delle convenzioni dirette)



# Manuale d'utilizzo portale web AonCare

Il sito web dedicato alla gestione dell'Assistenza sanitaria è a disposizione di ogni Assistito.

## ***Istruzioni per la registrazione***

Accedere al sito [www.aongate.it/bancaitalia](http://www.aongate.it/bancaitalia) e cliccare quindi su "REGISTRATI" per iniziare la procedura di registrazione.

1. Inserire i campi richiesti (Cognome, Nome, Data di nascita, Mail, Codice Fiscale) avendo cura di indicare lo stesso indirizzo mail fornito dalla Banca d'Italia; premere quindi su "REGISTRAMI".
2. Attendere una e-mail contenente il "TICKET NUMBER" che deve essere inserito nella finestra "Attiva utente" alla quale si accede direttamente dal link indicato nella mail.
3. Una volta attivato, l'utente riceverà due messaggi e-mail separati contenenti rispettivamente Codice Utente (o Username) e Password, che consentiranno l'accesso al sito, inserendoli negli appositi campi.

NB: Nel caso in cui il sistema dovesse invece non riscontrare in anagrafica un assistito con dati coincidenti a quelli inseriti, sarà necessario inviare un'e-mail a [info\\_registrazione\\_aoncare@generali.it](mailto:info_registrazione_aoncare@generali.it) chiedendo supporto per la registrazione ed indicando un numero telefonico a cui essere ricontattati.

## ***Navigazione***

Il sito web si compone di cinque sezioni in ognuna delle quali è possibile accedere a diverse tipologie di informazioni:

***Anagrafica:*** da questa sezione è possibile visualizzare i dati anagrafici del proprio nucleo familiare, modificare l'indirizzo/indirizzi di posta elettronica, il codice IBAN e l'indirizzo anagrafico, nonché inserire i numeri di telefono fisso e cellulare.

***Copertura Assicurativa:*** da qui è possibile accedere alle informazioni relative alla propria assistenza sanitaria e visualizzare i massimali residui per ogni garanzia. Inoltre, nella stessa pagina, sarà possibile consultare l'elenco delle strutture e i professionisti convenzionati attivando il link *clicca qui*.

***Richiesta Rimborsi:*** in questa sezione è possibile visualizzare le pratiche di rimborso già inviate, monitorarne lo stato ed eventualmente inserirne di nuove cliccando su "NUOVA PRATICA" e seguendo le istruzioni indicate ad ogni passaggio.

***Avvisi via SMS:*** tramite questa funzione si può attivare o disattivare la modalità di invio comunicazioni tramite SMS.

***FAQ:*** in questa sezione si trovano risposte alle domande frequenti.

# Istruzioni per l'invio delle richieste di rimborso tramite portale web AonCare.

## ***Istruzioni per l'invio dei rimborsi.***

Accedere al sito [www.aongate.it/bancaitalia](http://www.aongate.it/bancaitalia) ed eseguire il login utilizzando le proprie credenziali.

1. Posizionarsi sulla linguetta "RICHIESTA RIMBORSI".
2. Cliccare su "NUOVA RICHIESTA", poi su "SUCCESSIVO" e, dopo aver preso visione delle istruzioni sul caricamento delle fatture, selezionare "INSERISCI FATTURA" compilando quindi i dati richiesti e confermando l'inserimento effettuato.  
  
N.B. Si ricorda che i dati obbligatori sono i seguenti: Numero fattura, Assicurato (selezionabile dal menu a tendina), data fattura ed importo fattura.
3. Nella schermata successiva è possibile controllare ed eventualmente modificare/eliminare la fattura appena inserita. Per caricare una nuova fattura è sufficiente cliccare nuovamente su "INSERISCI FATTURA" e ripetere il procedimento di cui sopra. Quando tutte le fatture di cui si vuole richiedere il rimborso saranno caricate selezionare "SUCCESSIVO".
4. Controllare quindi i propri dati anagrafici ponendo particolare attenzione al codice IBAN sul quale verrà effettuato il bonifico. In caso di codice errato o non aggiornato sarà possibile modificarlo.
5. Autorizzare quindi il trattamento dei propri dati personali apponendo il flag in basso e cliccare su "CONFERMA".
6. Selezionare nella schermata successiva il tasto "STAMPA MODULO" che permetterà di visualizzare il modulo di richiesta di rimborso che dovrà essere stampato, firmato ed allegato all'intera documentazione da inviare.

A questo punto si può decidere di inviare la documentazione a mezzo posta oppure effettuare l'upload direttamente da Web. Nel primo caso le operazioni di caricamento sono da ritenersi concluse, nel secondo invece sarà sufficiente cliccare sul pulsante "UPLOAD" per continuare.

7. Confermare quindi la presa visione delle informative presenti e cliccare sul pulsante "ALLEGATI". Selezionare il documento in formato pdf che si desidera uploadare e cliccare quindi "CARICA ALLEGATO".

La procedura è a questo punto conclusa, tornando sulla linguetta "RICHIESTE RIMBORSI" sarà possibile visualizzare la pratica appena caricata.

# PRESTAZIONI MEDICHE DI EMERGENZA

Servizio attivo 24 ore su 24 chiamando il numero verde  
800.774357 oppure dall'estero il numero 0039 02 67398302

## **Consulenza Medica**

Qualora l'Assistito necessitasse valutare il proprio stato di salute, potrà contattare i medici della Struttura Organizzativa e chiedere un consulto telefonico.

## **Consulenza cardiologica**

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un consulto telefonico urgente e non riesca a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

## **Consulenza geriatrica**

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un consulto telefonico urgente e non riesca a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

## **Consulenza ginecologica**

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un consulto telefonico urgente e non riesca a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

## **Consulenza pediatrica**

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia del proprio bambino, necessiti di un consulto telefonico urgente e non riesca a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

## **Segnalazione di un medico specialista all'Estero**

Qualora, successivamente ad una Consulenza emergesse la necessità che l'Assistito debba sottoporsi ad una visita specialistica, la Struttura Organizzativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito.

## **Segnalazione di medicinali urgenti all'estero**

Qualora l'Assistito, trovandosi all'estero, necessitasse di ricevere informazioni su specialità medicinali regolarmente registrati in Italia, la Struttura Organizzativa segnalerà i medicinali corrispondenti, se esistenti reperibili sul posto.

**Servizio avente ad oggetto il piano di assistenza sanitaria per il personale in servizio e in quiescenza della Banca d'Italia e per i rispettivi nuclei familiari**  
**RIFERIMENTI OPERATIVI**

**CENTRALE OPERATIVA**

NUMERO VERDE **800 774 357** (per chiamate dall'estero **0039 02 67398302**)  
attivo dalle ore **9,00 alle ore 19,00 dei giorni lavorativi dal lunedì al venerdì** per

- informazioni sul piano di assistenza sanitaria
- informazioni sulla liquidazione dei sinistri
- consulenza medica telefonica
- attivazione del convenzionamento con pagamento diretto

Attivo 24 ore su 24 tutto l'anno per

- Prestazioni mediche di emergenza

**RICHIESTE DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE**

Le richieste di rimborso potranno essere inviate a Previgén alternativamente:

- con modalità web tramite il sito [www.aongate.it/bancaitalia](http://www.aongate.it/bancaitalia)
- con modalità cartacea - utilizzando l'apposito modulo - all'indirizzo: **Previgén Assistenza c/o Aon Hewitt, via Andrea Ponti 8/10 – 20143 MILANO**

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

Il questionario anamnestico dovrà essere inviato a Previgén alternativamente:

- con modalità web all'indirizzo: [questionario\\_over75@generali.it](mailto:questionario_over75@generali.it)
- con modalità cartacea a: **Previgén Assistenza, via Marocchesa, 14 – stanza L1 129 - 31021 Mogliano Veneto – TREVISO**

**FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP**

Il certificato ASL di totale inabilità o di inabilità ai sensi della legge 104/1992 dovrà essere inviato a Previgén alternativamente:

- con modalità web all'indirizzo: [comunico\\_disabilita@generali.it](mailto:comunico_disabilita@generali.it)
- con modalità cartacea a: **Previgén Assistenza, via Marocchesa, 14 – stanza L1 129 - 31021 Mogliano Veneto – TREVISO**

**GARANZIA LTC**

La modulistica e la relativa documentazione per il riconoscimento del diritto alla prestazione dovrà essere inviata a Previgén alternativamente:

- con modalità web all'indirizzo: [comunico\\_ltc@generali.it](mailto:comunico_ltc@generali.it)
- con modalità cartacea a: **Previgén Assistenza, via Marocchesa, 14 – stanza L1 129 - 31021 Mogliano Veneto – TREVISO**

## Assistenza diretta

Per Assistenza diretta si intende la modalità di erogazione del servizio per la quale l'Assistito può scegliere di ricevere prestazioni sanitarie coperte dal disciplinare di assistenza presso strutture sanitarie convenzionate senza anticipare la spesa ma delegando la Cassa Previgén Assistenza a saldare in sua vece le fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante.

Per rete convenzionata si intende l'insieme delle strutture sanitarie (Ospedali, Case di Cura e Centri Diagnostici) e dei professionisti convenzionati presso i quali l'Assistito può ottenere l'Assistenza diretta.

Per l'attivazione dell'Assistenza diretta, l'assistito deve contattare la Centrale Operativa, raggiungibile nelle giornate lavorative **dalle ore 9,00 alle ore 19,00 al numero verde dedicato 800 774357 (dall'estero 0039 02 67398302).**

L'elenco delle strutture sanitarie e dei professionisti convenzionati è reso disponibile da Previgén tramite il Portale [www.aongate.it/bancaitalia](http://www.aongate.it/bancaitalia) ed è costantemente aggiornato.

### **Servizi ospedalieri (ricoveri, day hospital, interventi chirurgici ambulatoriali)**

L'Assistito, qualora necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura convenzionata, deve contattare la Centrale Operativa possibilmente entro 5 giorni feriali prima della data della prestazione, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e dell'equipe medica e di valutare la possibilità di svolgere la prestazione.

In caso di ricoveri urgenti al di fuori del predetto arco temporale di funzionamento della Centrale Operativa, l'Assistito contatterà la stessa Centrale il primo giorno feriale disponibile.

**Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore dell'Assistito**, all'atto della telefonata è necessario comunicare:

- nome e cognome della persona che deve effettuare la prestazione
- contraente (Banca d'Italia)
- recapito telefonico mobile – per l'invio di SMS di conferma - del titolare dell'assistenza (dipendente/pensionato)
- struttura sanitaria presso cui sarà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- nominativo equipe medica

Alla positiva verifica della convenzione da parte della Centrale Operativa è necessario che l'Assistito trasmetta alla Previgén via fax allo **041-2598849** ovvero alla e-mail [dirette.bancaitalia@generaligroup.com](mailto:dirette.bancaitalia@generaligroup.com) **la prescrizione medica (redatta anche dal medico curante) con i seguenti elementi:**

- indicazione della prestazione da effettuare**
- diagnosi**
- anamnesi prossima e remota.**

La preventiva richiesta dell'Assistito, l'invio della documentazione sopra indicata e la successiva conferma da parte della Centrale Operativa **sono condizioni indispensabili per l'operatività dell'Assistenza diretta**.

All'atto del ricevimento della certificazione medica completa, la Centrale Operativa - valutata la coerenza della prestazione con il contratto - **autorizza entro le 48 ore successive la struttura convenzionata** (tramite l'invio di un fax) all'erogazione della prestazione stessa nell'ambito dell'Assistenza diretta, nel rispetto delle condizioni di assistenza (con evidenza di eventuali spese non previste dall'assistenza), e avvisa tempestivamente l'Assistito del buon esito della pratica.

All'atto della prestazione presso una struttura convenzionata, l'Assistito dovrà sottoscrivere l'apposita "lettera d'impegno", documento che riporta gli obblighi reciproci tra struttura convenzionata e Assistito, integrata con gli adempimenti relativi a quanto previsto dal D.lgs. n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali.

L'Assistito avrà diritto all'Assistenza diretta per le spese fatturate dalle strutture e dai professionisti convenzionati solo limitatamente a quelle autorizzate dalla Centrale Operativa.

### **Servizi extraospedalieri (accertamenti diagnostici /visite specialistiche se operante la relativa garanzia)**

L'Assistito, qualora necessiti di effettuare **una prestazione extraospedaliera** presso una struttura sanitaria convenzionata, deve contattare la Centrale Operativa almeno 2 giorni feriali prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche.

La richiesta per attivare l'Assistenza diretta deve essere effettuata telefonicamente chiamando il predetto numero verde dedicato e comunicando:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione
- recapito telefonico mobile - per l'invio di SMS di conferma - del titolare dell'assistenza (dipendente/pensionato)
- struttura sanitaria presso la quale verrà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- lettura del certificato medico (anche del medico curante) contenente la richiesta della prestazione e la **diagnosi o presunta diagnosi**.

Alla positiva verifica della convenzione da parte della Centrale Operativa, sia per la struttura sanitaria sia per il medico specialista (in caso di visite specialistiche), la stessa Centrale - valutata la coerenza della prestazione con il contratto - **autorizza entro le 24 ore successive la struttura convenzionata** (tramite l'invio di un fax) all'erogazione della prestazione nell'ambito dell'Assistenza diretta, nel rispetto delle condizioni di assistenza (con evidenza di eventuali spese non previste dall'assistenza), e avvisa tempestivamente l'Assistito del buon esito della pratica.

Nel caso invece in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa invierà un fax di negazione alla struttura sanitaria e contatterà l'Assistito.

L'Assistito, al momento dell'accettazione presso gli ambulatori, dovrà sottoscrivere la "lettera d'impegno" (documento che riporta gli obblighi reciproci tra struttura convenzionata e Assistito, integrata con gli adempimenti relativi a quanto previsto dal D.lgs. n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali) in relazione alla prestazione e con riferimento al contratto, e consegnerà la prescrizione comunicata telefonicamente alla Centrale Operativa.

\* \* \*

Qualora la Centrale Operativa abbia autorizzato l'Assistenza diretta, al momento della dimissione l'Assistito dovrà comunque versare alla struttura sanitaria l'eventuale franchigia/scoperto. L'Assistito dovrà invece provvedere al pagamento delle spese o delle eccedenze di spesa a proprio carico per prestazioni non indennizzabili a termini di assistenza.

Relativamente alle prestazioni pre-ricovero, l'Assistito può chiedere l'attivazione dell'Assistenza diretta solo nel caso in cui il ricovero è stato autorizzato dalla Centrale Operativa; relativamente alle prestazioni post-ricovero, l'Assistito può chiedere l'attivazione dell'Assistenza diretta con l'invio della lettera di dimissione.

\* \* \*

Qualora l'assistito non attivi l'Assistenza diretta ma utilizzi comunque un centro clinico convenzionato con pagamento a proprio carico avrà diritto all'applicazione delle tariffe di convenzione con Previgén facendosi riconoscere quale assistito Banca d'Italia. La spesa sostenuta potrà essere oggetto di richiesta di rimborso se rientrante nel piano sanitario sottoscritto.





## Cassa di Assistenza integrativa per i Dipendenti delle Aziende Convenzionate

### INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI (D.Lgs. 196/2003)

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che PreviGen Assistenza e Assicurazioni Generali SpA - autonomi Titolari del Trattamento - tratteranno i Suoi dati personali con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - strettamente necessarie per fornirLe i servizi richiesti.

Tali dati possono essere conosciuti dai rispettivi collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi possono essere utilizzate Società del Gruppo Generali ed altre Società di fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione. Senza i Suoi dati non potremo fornirLe i servizi richiesti.

Ai sensi dell'art. 7 D. Lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Lei potrà esercitare tali diritti e richiedere ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati, rivolgendosi a:

- Per PreviGen Assistenza: *Ufficio Servizi per PreviGen Fondo Pensione e PreviGen Assistenza – Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto – TV, fax 041.549.4565; e-mail [PreviGenAssistenza@generali.it](mailto:PreviGenAssistenza@generali.it)*, Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs.196/2003;
- Per Assicurazioni Generali SpA: *Generali Corporate Services S.c.a.r.l. – Privacy Gruppo Italia, Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV, tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235*, Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs.196/2003.

Il sito [www.previgen.it](http://www.previgen.it) - sezione PreviGen Cassa di Assistenza riporta le informative aggiornate ed eventuali ulteriori notizie in materia di privacy.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato da PreviGen Assistenza e Assicurazioni Generali SpA, alla loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Nome e cognome (*leggibili*)

Firma del Titolare dell'Assistenza

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma di altri interessati (\*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(\*) Firma degli altri soggetti assistiti interessati (se minori, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha tutela)

CONTRAENTE: Banca d'Italia

ASSISTITO: IN SERVIZIO

IN QUIESCENZA

**INVIARE LA RICHIESTA DI RIMBORSO A:**  
CASSA PREVIGEN ASSISTENZA C/O AON HEWITT  
Via Andrea Ponti 8/10  
20143 - MILANO  
Numero verde 800.774357 (dall'estero 00390267398302)

**MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE**

NOME E COGNOME:

TELEFONO: CASA  UFFICIO  CELLULARE

INDIRIZZO: VIA  N.

CITTA'  CAP  PROV.

INDIRIZZO MAIL :

COORDINATE BANCARIE PER IL PAGAMENTO: **IBAN**

PAESE     CIN Eur     CIN Ita     ABI     CAB     NUM. CONTO CORRENTE

**PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO:**

COGNOME E NOME: .....

- Titolare assistenza     Coniuge o figlio fiscalmente a carico     Familiare non fiscalmente a carico

**ESTENSIONE ASSISTENZA OPZIONE PLUS :**    SI        NO   

**GARANZIA PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO:**

- Ospedaliere:**
- con o senza intervento chirurgico
  - per grande intervento chirurgico, ricoveri presso unità coronariche, terapia intensiva e sub-intensiva
  - intervento chirurgico ambulatoriale
  - parto con o senza taglio cesareo

- Trasporto
- Ricoveri in S.S.N.
- Alta Diagnostica (compresi ticket)
- Protesi
- Cure oncologiche e dialisi
- Cure dentarie da infortunio
- LTC
- Ospedalizzazione domiciliare
- Fisioterapia riabilitativa
- Prestazioni specialistiche
- (onorari medici specialistici, analisi ed esami diagnostici etc., inclusi ticket)

**IMPORTANTE ALLEGARE:**

- UNA FOTOCOPIA DI CIASCUNA FATTURA
- PER PRESTAZIONI RELATIVE A RICOVERI: CARTELLA CLINICA
- PER ALTRE PRESTAZIONI (visite, esami, ecc.) PRECISARE SE PRECEDENTI O SUCCESSIVE A RICOVERI/INTERVENTI
- PER LE ANALISI ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI OCCORRE ALLEGARE LA PRESCRIZIONE MEDICA E LA RELATIVA DIAGNOSI (OVE NON RISULTI DALLE RICEVUTE DI SPESA)

*Si ricorda che la Previggen si riserva il diritto di richiedere l'originale del documento di spesa in qualsiasi momento. Verranno altresì comunicati annualmente all'Agenzia delle Entrate i beneficiari dei rimborsi e il relativo importo nonché i nominativi dei prestatori del servizio così come previsto dalla legge 4.8.2006 n° 248 (Legge Bersani) e circolare dell'Agenzia delle Entrate n° 2007/9649.*

NUMERO	DATA DOCUMENTO	PERCETTORE DELLE SOMME	IMPORTO
Totale			

<b>RICOVERO DEL</b>	
---------------------	--

Allegati (oltre alla documentazione di cui sopra):

- cartella clinica
- n.... prescrizioni mediche
- n.... certificati medici
- .....

VARIE (eventuali note del richiedente):

.....

.....

Richiedo il rimborso delle spese sostenute come da unita documentazione, della cui autenticità mi assumo la piena responsabilità; dichiaro altresì che le spese stesse coprono ed esauriscono l'intero ciclo di cura relativo all'evento denunciato.

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**Cassa di Assistenza integrativa per i Dipendenti delle Aziende Convenzionate**

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI (D.Lgs. 196/2003)**

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che PreviGen Assistenza e Assicurazioni Generali SpA - autonomi Titolari del Trattamento - tratteranno i Suoi dati personali con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - strettamente necessarie per fornirLe i servizi richiesti.

Tali dati possono essere conosciuti dai rispettivi collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi possono essere utilizzate Società del Gruppo Generali ed altre Società di fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione. Senza i Suoi dati non potremo fornirLe i servizi richiesti.

Ai sensi dell'art. 7 D. Lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Lei potrà esercitare tali diritti e richiedere ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati, rivolgendosi a:

- Per PreviGen Assistenza: *Ufficio Servizi per PreviGen Fondo Pensione e PreviGen Assistenza – Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto – TV, fax 041.549.4565; e-mail [PreviGenAssistenza@generali.it](mailto:PreviGenAssistenza@generali.it)*, Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs.196/2003;
- Per Assicurazioni Generali SpA: *Generali Corporate Services S.c.a.r.l. – Privacy Gruppo Italia, Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV, tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235*, Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs.196/2003.

Il sito [www.previgen.it](http://www.previgen.it) - sezione PreviGen Cassa di Assistenza riporta le informative aggiornate ed eventuali ulteriori notizie in materia di privacy.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato da PreviGen Assistenza e Assicurazioni Generali SpA, alla loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Nome e cognome (*leggibili*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Titolare dell'Assistenza

\_\_\_\_\_

Firma di altri interessati (\*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(\*) Firma degli altri soggetti assistiti interessati alla richiesta di rimborso (se minori, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha tutela)

**RICHIESTA DI ADESIONE ASSISTENZA SANITARIA (pensionati)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. casa \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ADERIRE ALLE SEGUENTI ASSISTENZE dal 1°.7.2012 al 30.6.2014:**

- Assistenza base – Pensionati  
 Assistenza base con Opzione Plus – Pensionati

**PER SE' E PER I SEGUENTI SOGGETTI (Coniuge e Figli fiscalmente a carico):**

Codice Fiscale	Cognome e Nome	Data di Nascita	Luogo di nascita (Comune, Provincia, Nazione)	Convivente (si/no)	Grado di parentela	Sesso	Cittadinanza	Stato Civile	*Posizione Scolastica/ Professionale

\* Nella posizione scolastica/professionale indicare esclusivamente uno dei seguenti tre valori: 1) posizione non indicata, 2) studente, 3) apprendista.

Assistenza base – Familiari fiscalmente non a carico di pensionati

Assistenza base con Opzione Plus – Familiari fiscalmente non a carico di pensionati

**PER I SEGUENTI SOGGETTI (coniuge e figli FISCALMENTE NON A CARICO, anche se non conviventi e TUTTI gli altri familiari entro il 3° grado anagraficamente CONVIVENTI, compreso il convivente “more uxorio” da almeno 3 anni e figli del convivente more uxorio) di seguito indicati:**

Codice Fiscale	Cognome e Nome	Data di Nascita	Luogo di nascita (Comune, Provincia, Nazione)	Convivente (si/no)	Grado di parentela	Sesso	Cittadinanza	Stato Civile	*Posizione Scolastica/ Professionale

**Oppure IN ALTERNATIVA all’Assistenza BASE e all’Assistenza OPZIONE PLUS:**

Assistenza Grandi Rischi Pensionati – Pensionato e Coniuge convivente

**PER SE’ E PER IL CONIUGE CONVIVENTE DI SEGUITO INDICATO:**

Codice Fiscale	Cognome e Nome	Data di Nascita	Luogo di nascita (Comune, Provincia, Nazione)	Convivente	Grado di parentela	Sesso	Cittadinanza	Stato Civile	*Posizione Scolastica/ Professionale
				<b>SI</b>	<b>CONIUGE</b>				

\* Nella posizione scolastica/professionale indicare esclusivamente uno dei seguenti tre valori: 1) posizione non indicata, 2) studente, 3) apprendista.

**Assistenza Grandi Rischi Pensionati – Figli conviventi fiscalmente a carico di pensionati**

**PER I SEGUENTI SOGGETTI (Figli conviventi fiscalmente a carico di pensionati):**

Codice Fiscale	Cognome e Nome	Data di Nascita	Luogo di nascita (Comune, Provincia, Nazione)	Convivente	Grado di parentela	Sesso	Cittadinanza	Stato Civile	*Posizione Scolastica/ Professionale
				<b>SI</b>	<b>FIGLIO/A</b>				
				<b>SI</b>	<b>FIGLIO/A</b>				
				<b>SI</b>	<b>FIGLIO/A</b>				

Dichiara che i sotto indicati familiari conviventi fruiscono di “analoga assistenza”:

Codice Fiscale	Cognome e Nome	Data di Nascita	Luogo di nascita (Comune, Provincia, Nazione)	Convivente	Grado di parentela	Sesso	Cittadinanza	Stato Civile	*Posizione Scolastica/ Professionale
				<b>SI</b>					
				<b>SI</b>					
				<b>SI</b>					
				<b>SI</b>					

\* Nella posizione scolastica/professionale indicare esclusivamente uno dei seguenti tre valori: 1) posizione non indicata, 2) studente, 3) apprendista

Il sottoscritto:

dichiara espressamente che i dati sopra indicati, con riferimento al carico fiscale del coniuge e dei figli e allo stato di convivenza, sono corrispondenti alla realtà;

autorizza la Banca d'Italia, fino a revoca, a trattenere sulle proprie competenze l'importo relativo ai contributi assistenziali a carico per l'assistenza erogata dalla PREVIGEN. Detto importo dovrà essere riconosciuto a nome del sottoscritto alla PREVIGEN stessa secondo le modalità da questa comunicate;

dichiara di conoscere la normativa sottoscritta tra la PREVIGEN e la Banca d'Italia, di accettarla in ogni sua parte senza alcuna riserva o eccezione, in particolare per quanto riguarda i criteri di rimborso (cfr. disciplinari);

si impegna a comunicare tempestivamente, entro i termini previsti, le variazioni intervenute nel corso dell'anno che danno diritto all'inserimento e/o all'esclusione dall'assistenza;

si impegna a inoltrare a PREVIGEN il questionario anamnestico, ove previsto;

autorizza la Banca d'Italia ad aggiornare i dati anagrafici dei familiari in conformità a quanto sopra segnalato.

#### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Presa visione dei seguenti documenti

All. 1 – Informativa ex art. 13 D. Lgs. 196/2003

All. 2 – Informativa ex art. 13 D. Lgs. 196/2003 da consegnare al terzo interessato (familiare maggiorenne)

All. 3 – Informativa della PREVIGEN agli assistiti sul trattamento dei dati personali

Data \_\_\_\_\_

FIRMA<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Importante: allegare fotocopia di un documento di riconoscimento valido.



## RICHIESTA DI ADESIONE ASSISTENZA SANITARIA (dipendenti)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Tel. casa \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE DI ADERIRE ALLE SEGUENTI ASSISTENZE dal 1°.7.2012 al 30.6.2014:

- Assistenza base – Dipendenti  
 Assistenza base con Opzione Plus – Dipendenti

### PER SE' E PER I SEGUENTI SOGGETTI (Coniuge e Figli fiscalmente a carico):

Codice Fiscale	Cognome e Nome	Data di Nascita	Luogo di nascita (Comune, Provincia, Nazione)	Convivente (si/no)	Grado di parentela	Sesso	Cittadinanza	Stato Civile	*Posizione Scolastica/ Professionale

\* Nella posizione scolastica/professionale indicare esclusivamente uno dei seguenti tre valori: 1) posizione non indicata, 2) studente, 3) apprendista.

Assistenza base – Familiari fiscalmente non a carico di dipendenti

Assistenza base con Opzione Plus – Familiari fiscalmente non a carico di dipendenti

**PER I SEGUENTI SOGGETTI (coniuge e figli FISCALMENTE NON A CARICO, anche se non conviventi e TUTTI gli altri familiari entro il 3° grado anagraficamente CONVIVENTI, compreso il convivente “more uxorio” da almeno 3 anni e figli del convivente more uxorio) di seguito indicati:**

Codice Fiscale	Cognome e Nome	Data di Nascita	Luogo di nascita (Comune, Provincia, Nazione)	Convivente (si/no)	Grado di parentela	Sesso	Cittadinanza	Stato Civile	*Posizione Scolastica/ Professionale

Dichiara che i sotto indicati familiari conviventi fruiscono di “analoga assistenza”:

Codice Fiscale	Cognome e Nome	Data di Nascita	Luogo di nascita (Comune, Provincia, Nazione)	Convivente	Grado di parentela	Sesso	Cittadinanza	Stato Civile	*Posizione Scolastica/ Professionale
				<b>SI</b>					
				<b>SI</b>					
				<b>SI</b>					
				<b>SI</b>					

\* Nella posizione scolastica/professionale indicare esclusivamente uno dei seguenti tre valori: 1) posizione non indicata, 2) studente, 3) apprendista.

Il sottoscritto:

dichiara espressamente che i dati sopra indicati, con riferimento al carico fiscale del coniuge e dei figli e allo stato di convivenza, sono corrispondenti alla realtà;

autorizza la Banca d'Italia, fino a revoca, a trattenere sulle proprie competenze l'importo relativo ai contributi assistenziali a carico per l'assistenza erogata dalla PREVIGEN. Detto importo dovrà essere riconosciuto a nome del sottoscritto alla PREVIGEN stessa secondo le modalità da questa comunicate;

dichiara di conoscere la normativa sottoscritta tra la PREVIGEN e la Banca d'Italia, di accettarla in ogni sua parte senza alcuna riserva o eccezione, in particolare per quanto riguarda i criteri di rimborso (cfr. disciplinari);

si impegna a comunicare tempestivamente, entro i termini previsti, le variazioni intervenute nel corso dell'anno che danno diritto all'inserimento e/o all'esclusione dall'assistenza;

si impegna a inoltrare a PREVIGEN il questionario anamnestico, ove previsto;

autorizza la Banca d'Italia ad aggiornare i dati anagrafici dei familiari in conformità a quanto sopra segnalato.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Presa visione dei seguenti documenti

All. 1 – Informativa ex art. 13 D. Lgs. 196/2003

All. 2 – Informativa ex art. 13 D. Lgs. 196/2003 da consegnare al terzo interessato (familiare maggiorenne)

All. 3 – Informativa della PREVIGEN agli assistiti sul trattamento dei dati personali

Data \_\_\_\_\_

FIRMA<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Importante: allegare fotocopia di un documento di riconoscimento valido.

---

**Da consegnare al dipendente/pensionato richiedente**  
**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.lgs. n. 196/2003**  
**(Finalità del trattamento: Segnalazioni relative all'assistenza sanitaria)**

Si comunica che i Suoi dati personali, da Lei conferiti alla Banca d'Italia in relazione alla finalità sopraindicata, saranno trattati in conformità alle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati personali.

I dati saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti necessari per la segnalazione del nucleo familiare iscritto all'assistenza sanitaria collettiva stipulata dalla Banca d'Italia con la Previgén. Il conferimento di tali dati è quindi indispensabile ai fini di cui sopra.

Il trattamento dei dati avverrà manualmente e/o mediante procedure informatiche, con misure di sicurezza idonee a garantirne l'integrità e la riservatezza nonché ad evitare l'indebito accesso ai dati stessi da parte di altri soggetti o di personale non autorizzato.

I dati non saranno diffusi all'esterno e saranno comunicati esclusivamente alla Previgén, nei limiti di quanto necessario per la gestione del rapporto assistenziale.

Titolare del trattamento è la Banca d'Italia - Servizio Organizzazione – Via Nazionale n. 91 – 00184 Roma; responsabile del trattamento è il Capo del Servizio Personale Inquadramento Normativo ed Economico – Via Nazionale, 91 – 00184 Roma.

Potranno venire a conoscenza dei dati il responsabile del trattamento nonché, in qualità di “incaricati”, gli addetti al Servizio Personale I.N.E., che siano chiamati ad elaborare i dati personali correlati alla finalità sopra indicata, e gli appartenenti all'unità della Banca (Servizio/Filiale) competente per gli adempimenti connessi alla finalità in questione.

La S.V. potrà esercitare nei confronti del titolare, ovvero del responsabile, il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti riconosciuti dall'art. 7 del d.lgs. 196/03, tra i quali sono compresi il diritto di conoscere l'origine dei dati nonché le finalità e le modalità del trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati nonché la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco di quelli trattati in violazione della legge; di opporsi in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento. Sarà cura della S.V. comunicare tempestivamente a questo Istituto la modifica o l'integrazione dei dati forniti, qualora rilevanti per la finalità sopra indicata.

La presente informativa è resa nei Suoi confronti anche in qualità di legale rappresentante dei Suoi figli o di eventuali familiari minorenni, con riferimento ai dati riguardanti questi ultimi.

---

**Da consegnare al terzo interessato, a cura del dipendente/pensionato**  
**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.lgs. n. 196/2003**  
**(Finalità del trattamento: Segnalazioni relative all'assistenza sanitaria)**

Si comunica che i Suoi dati personali, conferiti da un Suo familiare alla Banca d'Italia in relazione alla finalità sopraindicata, saranno trattati in conformità alle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati personali.

I dati saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti necessari per la segnalazione del nucleo familiare iscritto all'assistenza sanitaria collettiva stipulata dalla Banca d'Italia con la Previgén. Il conferimento di tali dati è quindi indispensabile ai fini di cui sopra.

Il trattamento dei dati avverrà manualmente e/o mediante procedure informatiche, con misure di sicurezza idonee a garantirne l'integrità e la riservatezza nonché ad evitare l'indebito accesso ai dati stessi da parte di altri soggetti o di personale non autorizzato.

I dati non saranno diffusi all'esterno e saranno comunicati esclusivamente alla Previgén, nei limiti di quanto necessario per la gestione del rapporto assistenziale.

Titolare del trattamento è la Banca d'Italia - Servizio Organizzazione - Via Nazionale n. 91 – 00184 Roma; responsabile del trattamento è il Capo del Servizio Personale Inquadramento Normativo ed Economico – Via Nazionale, 91 – 00184 Roma.

Potranno venire a conoscenza dei dati il responsabile del trattamento nonché, in qualità di “incaricati”, gli addetti al Servizio Personale I.N.E., che siano chiamati ad elaborare i dati personali correlati alla finalità sopra indicata, e gli appartenenti all'unità della Banca (Servizio/Filiale) competente per gli adempimenti connessi alla finalità in questione.

La S.V. potrà esercitare nei confronti del titolare, ovvero del responsabile, il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti riconosciuti dall'art. 7 del d.lgs. 196/03, tra i quali sono compresi il diritto di conoscere l'origine dei dati nonché la finalità e le modalità del trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati nonché la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco di quelli trattati in violazione della legge; di opporsi in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento. Sarà cura della S.V. comunicare tempestivamente a questo Istituto la modifica o l'integrazione dei dati forniti, qualora rilevanti per la finalità sopra indicata.

## Cassa di Assistenza integrativa per i Dipendenti delle Aziende Convenzionate

### Informativa contrattuale

#### INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che PreviGen Assistenza, Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili (1), al fine di fornire i servizi (2) da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti (3), sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopracitati e sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo, in Italia o all'estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa (4).

I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (5) – non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte. Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (6) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 D. Lgs. 196/2003: *Ufficio Servizi per PreviGen Fondo Pensione e PreviGen Assistenza – Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto – TV, fax 041.549.4565; e-mail [PreviGenAssistenza@generali.it](mailto:PreviGenAssistenza@generali.it)*.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Responsabile ex art. 7 D. Lgs. 196/2003.

#### NOTE:

- (1) L'art.4, co.1, lett. d) del D.Lgs.196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose.
- (2) Il trattamento è connesso e strumentale alla gestione dei rapporti tra PreviGen Assistenza ed i suoi iscritti ed alla gestione ed erogazione di prestazioni sanitarie integrative rispetto al Servizio Sanitario Nazionale e di eventuali prestazioni, a cui PreviGen Assistenza è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.
- (3) Ad esempio le aziende convenzionate a PreviGen Assistenza che, in qualità di datore di lavoro, forniscono i Suoi dati e del Suo nucleo familiare.
- (4) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati, aderenti, agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione delle adesioni a PreviGen Assistenza, Fondi sanitari, Compagnie di assicurazione; attuari, legali e medici fiduciari, pignoratori, vincolatari, società del Gruppo Generali e altre società che per nostro conto svolgono servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. Vi sono poi organismi associativi e consortili (Assoprevidenza, ANIA) propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, nonché organismi istituzionali o altri soggetti nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria tra cui Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine, ISVAP, Banca d'Italia – UIF, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, INPS, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, concessionarie per la riscossione dei tributi.
- (5) Lo prevede ad esempio la disciplina contro il riciclaggio.
- (6) Questi diritti sono previsti dall'art.7 del D.Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

## **Criteri di inserimento nelle diverse assistenze e modalità di adesione**

E' disponibile in Siparium l'applicazione per aderire alle nuove assistenze. L'applicazione richiede che l'interessato effettui i seguenti 4 passi:

- aprire la cartella "Benefit e Anticipi IFR"
- selezionare "Assistenza Sanitaria"
- cliccare sul link "Adesione Assistenza Sanitaria Previgen"
- compilare il modulo, firmare digitalmente e consolidare **premendo il pulsante "salva e invia"**.

**Il dipendente** potrà scegliere di aderire ai seguenti PIANI ASSISTENZIALI così articolati:

### ***ASSISTENZA BASE:***

- DIPENDENTI, CONIUGE E FIGLI FISCALMENTE A CARICO
- FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO DI DIPENDENTI  
(altri "familiari facoltativamente assistibili")

### ***ASSISTENZA BASE con OPZIONE PLUS***

- DIPENDENTI, CONIUGE E FIGLI FISCALMENTE A CARICO
- FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO DI DIPENDENTI  
(altri "familiari facoltativamente assistibili")

**Analogamente il pensionato** potrà, compilando il modulo cartaceo, aderire ai seguenti PIANI ASSISTENZIALI:

### ***ASSISTENZA BASE:***

- PENSIONATI, CONIUGE E FIGLI FISCALMENTE A CARICO
- FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO DI PENSIONATI  
(altri "familiari facoltativamente assistibili")

### ***ASSISTENZA BASE con OPZIONE PLUS***

- PENSIONATI, CONIUGE E FIGLI FISCALMENTE A CARICO
- FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO DI PENSIONATI  
(altri "familiari facoltativamente assistibili")

## **ASSISTENZA GRANDI RISCHI PENSIONATI**

– PENSIONATO E CONIUGE CONVIVENTE

– FIGLI FISCALMENTE A CARICO CONVIVENTI

Ai fini dell'inserimento nell'assistenza sanitaria di coniuge e figli fiscalmente a carico, si fa riferimento alla situazione di carico fiscale al 31 dicembre dell'anno precedente rispetto all'ingresso in assistenza; la dichiarazione relativa al carico fiscale viene effettuata dal dipendente/pensionato sotto la propria responsabilità.

Per l'inserimento di altri "familiari facoltativamente assistibili", la convivenza risultante nel processo "Dati dei familiari" di Siparium è vincolante ai fini dell'inserimento in assistenza: pertanto, ai fini dell'inserimento di familiari è fondamentale che vi sia esatta corrispondenza tra la situazione risultante in Siparium e la situazione effettiva.

In caso di discordanza:

- i dipendenti dovranno preliminarmente aggiornare lo status di convivenza nel processo "Dati dei familiari" per poter provvedere successivamente all'inserimento dei familiari in assistenza;
- i soggetti che non hanno accesso a Siparium, con la compilazione del modulo cartaceo, autorizzeranno la Banca ad aggiornare i dati dei familiari in conformità a quanto segnalato nel modulo stesso. L'Unità che svolge compiti di segreteria, utilizzando in Siparium il "lavora per", provvederà preliminarmente ad aggiornare i "Dati dei familiari" e successivamente potrà inserire i familiari in assistenza.

Si ritiene utile rammentare che l'inserimento di un "familiare facoltativamente assistibile" comporta:

- se si tratta di coniuge/figlio o di altro familiare anagraficamente convivente con il dipendente/pensionato, l'obbligatorio inserimento di tutti gli altri familiari facoltativamente assistibili rientranti nello stato di famiglia del dipendente/pensionato stesso;
- se si tratta di coniuge anagraficamente non convivente con il dipendente/pensionato, l'obbligatorio inserimento, oltre che di tutti gli altri familiari facoltativamente assistibili rientranti nello stato di famiglia del dipendente/pensionato stesso, di tutti i figli del dipendente/pensionato che siano fiscalmente non a carico del dipendente/pensionato e anagraficamente conviventi con il coniuge che si intende inserire;
- se si tratta di figlio anagraficamente non convivente con il dipendente/pensionato, l'obbligatorio inserimento, oltre che di tutti gli altri familiari facoltativamente assistibili rientranti nello stato di famiglia del dipendente/pensionato stesso, degli altri figli e del coniuge del dipendente/pensionato che siano fiscalmente non a carico del dipendente/pensionato e anagraficamente conviventi con il figlio che si intende inserire.

Dal predetto obbligo di inserimento di tutti i familiari facoltativamente assistibili risultanti dallo stesso stato di famiglia sono esclusi:

- i familiari facoltativamente assistibili che, alla data del 1° luglio 2012, già fruiscono di "analoga assistenza", da intendersi come altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro di uno di essi;
- il convivente *more uxorio* da almeno 3 anni e i figli di quest'ultimo. Peraltro l'inserimento in assistenza o del convivente *more uxorio* o di un figlio di questo comporta l'obbligatorio



inserimento di tutti gli altri familiari facoltativamente assistibili rientranti nello stato di famiglia del dipendente/pensionato.

Nel caso di **due congiunti (coniugi, genitore/figlio, altri familiari assistibili) entrambi dipendenti/pensionati**, trovano applicazione le seguenti previsioni:

- ciascuno ha la facoltà di aderire o meno all'assistenza Base nonché, in caso di adesione all'assistenza Base, di aderire o meno all'assistenza Opzione plus;
- i figli fiscalmente a carico di genitori entrambi iscritti all'assistenza Base possono essere segnalati da entrambi i genitori, ciascuno dei quali ha titolo, in alternativa, a richiedere le prestazioni con imputazione delle stesse ai propri massimali;
- in caso di autonoma adesione all'assistenza Base di due congiunti anagraficamente conviventi, l'eventuale inserimento di altri familiari facoltativamente assistibili rientranti nello stesso stato di famiglia può essere effettuato da uno solo dei congiunti.

## MODALITÀ DI ADESIONE

### 1. DIPENDENTI IN SERVIZIO NONCHÉ TITOLARI DI ASSEGNO DI SOSTEGNO AL REDDITO ALL'1.7.2012.

**a) I dipendenti attualmente iscritti all'Assistenza "1 - Dipendenti" – ENTRO IL 10 AGOSTO 2012** - dovranno utilizzare le funzionalità disponibili in Siparium, per:

- attivare l'assistenza Base per sé e per il coniuge e i figli fiscalmente a carico;
- attivare l'assistenza Opzione plus per sé e per il coniuge e i figli fiscalmente a carico, se già richiesta l'assistenza Base;
- inserire nell'assistenza Base i familiari c.d. "facoltativamente assistibili";
- inserire nell'assistenza Opzione plus i familiari cd. "facoltativamente assistibili", per i quali sia stata richiesta l'assistenza Base.

Analogamente, i titolari di assegno di sostegno al reddito all'1.7.2012 e i dipendenti che non possono utilizzare una postazione oppure che sono assenti in via prolungata dal servizio potranno effettuare le medesime scelte sopra riportate; a tal fine dovranno compilare e sottoscrivere il modulo predisposto (allegato 11) e recarsi personalmente, sempre entro il termine del 10 agosto 2012, alla Filiale/Unità segretariale di riferimento, ovvero far pervenire alla stessa il modulo, debitamente compilato e sottoscritto, accompagnato da una copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, via fax o con e-mail. La Filiale/Unità segretariale di riferimento, utilizzando la funzionalità "lavora per", provvederà entro il 10 agosto 2012 a compilare puntualmente, per conto del titolare di assegno di sostegno al reddito o del dipendente, il corrispondente modulo digitale in Siparium – processo assistenza sanitaria, che andrà sottoscritto digitalmente a cura dell'incaricato della Filiale/Unità segretariale di riferimento e consolidato premendo il pulsante "salva e invia"; peraltro, per consentire alle unità che svolgono compiti di segreteria di inserire in Siparium le richieste di adesione pervenute in prossimità del termine del 10 agosto 2012, la funzionalità del "lavora per" sarà comunque attiva fino al 20 agosto 2012.

I dipendenti che cesseranno con diritto a pensione con decorrenza 1.7.2012 e i titolari di assegno di sostegno al reddito che diventeranno pensionati dall'1.7.2012 – i quali dall'1.7.2012 hanno titolo all'inserimento nell'assistenza Base in qualità di pensionati ovvero nell'Assistenza Grandi rischi pensionati - dovranno scegliere tra le alternative disponibili per i pensionati, elencate al successivo punto 2, con le modalità ivi indicate.

Si precisa che per i "familiari facoltativamente assistibili" non iscritti all'Assistenza "1 - Dipendenti", l'operatività delle nuove assistenze è subordinata ad un termine di aspettativa, dalla data di decorrenza delle prestazioni (1.7.2012), di:

- . 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio (tuttavia, limitatamente a dette malattie, l'assistenza decorre dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assistenza stessa, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo tale data);
- . 180 giorni per le malattie che siano la conseguenza di stati patologici diagnosticati o curati anteriormente alla data del 1° luglio 2012.

Le eccezioni a detta aspettativa sono analiticamente riportate all'art. 2 dei Disciplinari dell'assistenza Base e dell'assistenza Opzione plus, ai quali si rinvia. L'aspettativa non opera altresì nel caso di eventi che danno luogo a variazioni, verificatisi a partire dal 1° giugno 2012.

**b) Dipendenti in servizio nonché titolari di assegno di sostegno al reddito all'1.7.2012 non assistiti.**

Tali soggetti dovranno entro il menzionato termine del 10 agosto 2012 esercitare le medesime opzioni previste al precedente punto 1, lettera a), con le modalità pure ivi specificate.

Si precisa che l'operatività delle nuove assistenze è subordinata ad un termine di aspettativa, dalla data di decorrenza delle prestazioni (1.7.2012), di:

- . 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio (tuttavia, limitatamente a dette malattie, l'assistenza decorre dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assistenza stessa, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo tale data);
- . 180 giorni per le malattie che siano la conseguenza di stati patologici diagnosticati o curati anteriormente alla data del 1° luglio 2012.

Tali termini di aspettativa per l'assistenza sanitaria NON operano per i dipendenti assunti o rientrati da aspettativa dal 1° giugno 2012.

**c) Dipendenti in servizio nonché titolari di assegno di sostegno al reddito all'1.7.2012 già assistiti al 31.12.2011 e che abbiano rinunciato all'assistenza per il semestre 1.1.2012-30.6.2012.**

Tali soggetti dovranno entro il menzionato termine del 10 agosto 2012 esercitare le medesime opzioni previste al precedente punto 1, lettera a), con le modalità pure ivi specificate.

**2. PENSIONATI DIRETTI (COMPRESI CAPITALIZZATI AL 100% E DIFFERITI)**

**a) I pensionati attualmente iscritti all'Assistenza "2 - Pensionati", i dipendenti già iscritti nel 2012 nell'"Assistenza 1 - Dipendenti" e cessati dal servizio entro il 30.6.2012, nonché i pensionati iscritti al 31.12.2011 nell'Assistenza "3 - Grandi rischi pensionati" provenendo dall'Assistenza 1 - Dipendenti o dall'Assistenza 2 - Pensionati al 31.12.2010 dovranno entro il termine del 10 agosto 2012 rivolgersi alla Filiale di riferimento per chiedere di:**

- attivare l'assistenza Base per sé e per il coniuge e i figli fiscalmente a carico;
- attivare l'assistenza Opzione plus per sé e per il coniuge e i figli fiscalmente a carico, se già richiesta l'assistenza Base;
- inserire nell'Assistenza Base i familiari c.d. "facoltativamente assistibili";
- inserire nell'Assistenza Opzione plus i familiari cd. "facoltativamente assistibili", per i quali sia stata richiesta l'Assistenza Base;

**ovvero**

- attivare l'assistenza Grandi rischi pensionati per sé e per il coniuge convivente;
- attivare l'assistenza Grandi rischi pensionati per i figli conviventi fiscalmente a carico.

A tal fine dovranno compilare e sottoscrivere il modulo predisposto (allegato 11) e recarsi personalmente, sempre entro il termine del 10 agosto 2012, alla Filiale di riferimento, ovvero far pervenire alla stessa il modulo, debitamente compilato e sottoscritto, accompagnato da una copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, via fax o con e-mail. La Filiale di riferimento, utilizzando la funzionalità “lavora per”, provvederà entro il 10 agosto 2012 a compilare puntualmente, per conto del pensionato, il corrispondente modulo digitale in Siparium – processo assistenza sanitaria, che andrà sottoscritto digitalmente a cura dell’incaricato della Filiale e consolidato premendo il pulsante “salva e invia”; peraltro, per consentire alle unità che svolgono compiti di segreteria di inserire in Siparium le richieste di adesione pervenute in prossimità del termine del 10 agosto 2012, la funzionalità del “lavora per” sarà comunque attiva fino al 20 agosto 2012.

Si precisa che per i “familiari facoltativamente assistibili” non iscritti all’Assistenza “1 - Dipendenti” o “2 - Pensionati”, l’operatività delle nuove assistenze è subordinata ad un termine di aspettativa, dalla data di decorrenza delle prestazioni (1.7.2012), di:

- . 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio (tuttavia, limitatamente a dette malattie, l’assistenza decorre dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell’assistenza stessa, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo tale data);
- . 180 giorni per le malattie che siano la conseguenza di stati patologici diagnosticati o curati anteriormente alla data del 1° luglio 2012.

Le eccezioni a detta aspettativa sono analiticamente riportate all’art. 2 dei Disciplinari dell’Assistenza Base e dell’Assistenza Opzione plus, ai quali, per brevità, si rinvia. L’aspettativa non opera altresì nel caso di eventi che danno luogo a variazioni, verificatisi a partire dal 1° giugno 2012.

**b) I pensionati diretti iscritti o meno all’Assistenza “3 – Grandi rischi pensionati” di età non superiore a 75 anni alla data dell’1.7.2012** dovranno rivolgersi alla Filiale di riferimento per chiedere di:

- attivare l’assistenza Grandi rischi pensionati per sé e per il coniuge convivente;
- attivare l’assistenza Grandi rischi pensionati per i figli conviventi fiscalmente a carico.

A tal fine dovranno compilare e sottoscrivere il modulo predisposto (allegato 11) e recarsi personalmente, sempre entro il termine del 10 agosto 2012, alla Filiale di riferimento, ovvero far pervenire alla stessa il modulo, debitamente sottoscritto, accompagnato da una copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, via fax o con e-mail. La Filiale, utilizzando la funzionalità “lavora per”, provvederà entro il 10 agosto 2012 a compilare puntualmente, per conto del pensionato, il corrispondente modulo digitale in Siparium – processo assistenza sanitaria, che andrà sottoscritto digitalmente a cura dell’incaricato della Filiale e consolidato premendo il pulsante “salva e invia”; peraltro, per consentire alle unità che svolgono compiti di segreteria di inserire in Siparium le richieste di adesione pervenute in prossimità del termine del 10 agosto 2012, la funzionalità del “lavora per” sarà comunque attiva fino al 20 agosto 2012.

Si precisa che per quanto riguarda l'assistenza Grandi rischi pensionati, l'adesione comporta l'inserimento del solo coniuge convivente (anche se fiscalmente non a carico) e la facoltà di iscrivere esclusivamente i figli fiscalmente a carico e anagraficamente conviventi con il pensionato.

Per l'aspettativa nell'assistenza Grandi rischi pensionati si rinvia all'art. 2 del relativo Disciplinare.

**c) I pensionati diretti già iscritti al 31.12.2011 e che per il semestre 1.1.2012-30.6.2012 abbiano rinunciato a:**

- l'“Assistenza 2 – Pensionati” ovvero l'“Assistenza 3 – Grandi rischi pensionati” (per i soggetti che provengano dall'“Assistenza 1 – Dipendenti” o dall'“Assistenza 2 – Pensionati” al 31.12.2010), **potranno, entro il termine del 10 agosto 2012, esercitare le medesime opzioni previste al precedente punto 2, lettera a), con le modalità pure ivi specificate;**

ovvero

- l'“Assistenza 3 – Grandi rischi pensionati”, **potranno, entro il termine del 10 agosto 2012, esercitare le medesime opzioni previste al precedente punto 2, lettera b), con le modalità pure ivi specificate.**

**d) I pensionati diretti già iscritti al 31.12.2011 all'“Assistenza 1 – Dipendenti” e cessati senza aver avanzato richiesta di prosecuzione potranno, entro il termine del 10 agosto 2012, esercitare le medesime opzioni previste al precedente punto 2, lettera a), con le modalità pure ivi specificate.**