

Recapiti

Per la gestione e la liquidazione dei sinistri la Società si avvale della seguente Struttura Operativa di

MyAssistance

che risponde ai seguenti recapiti:

- numero verde per chiamate da numeri nazionali: **800035122**
- numero per chiamate da cellulare e dall'estero: **0039 02 303500009**
- mail per le richieste di Rimborso : sinistri.casdic@myassistance.it
- mail dedicata per le prestazioni in Regime di assistenza diretta: dirette.casdic@myassistance.it

MyAssistance è a disposizione degli Assicurati dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali.

L'Assicurato nel contattare MyAssistance presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

L'elenco delle Strutture Sanitarie, o Centri Odontoiatrici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) è disponibile nel sito www.myassistance.it.

Cosa fare in caso di Sinistro e come viene gestito il Sinistro?

5. Denuncia di sinistro

Il Sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile. Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assistito.

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società ed qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.

L'accertamento potrà essere disposto entro un termine minimo di 48 ore dalla denuncia del Sinistro e comunque entro un termine massimo di sei mesi.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della Polizza, sopravvenga il decesso dell' Assicurato titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto per richiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato,
- copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire);

- in assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire
- fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno delle Condizioni di Assicurazione (CDA).

In caso di Infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'Assistito è obbligato a comunicare alla Società il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione del Regime di assistenza diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Società il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

Si precisa che qualora l'Assicurato intenda utilizzare una struttura convenzionata, un medico convenzionato e un odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi in Regime di assistenza diretta.

Qualora l'Assicurato e/o il proprio nucleo familiare non ottemperi a tale disposizione l'importo del rimborso sarà decurtato del 50%. Nell'ambito delle spese extra ospedaliere tale obbligo non è previsto per le sole Visite specialistiche.

In ragione della particolare specializzazione di alcune individuate Strutture e/o Equipe nonché degli elevati standing qualitativi garantiti (Strutture ed Equipe "TOP" di cui agli Allegati nn.3-4) gli scoperti di base contrattualmente previsti sono incrementati come segue (Allegato n.1):

- in Regime di assistenza diretta: **Scoperto base + 5%**
- in Regime rimborsuale: **Scoperto base + 10%**

6. Pagamento - Modalità operative e criteri di liquidazione

Gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo. E' essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che l'Assicurato acceda agli operatori sanitari verificando preventivamente con MyAssistance, l'operatività della convenzione, ricevendo preventivamente autorizzazione alla diretta, in mancanza del quale il servizio non è operante.

6.1 Procedura operativa - Regime di assistenza diretta

La Società provvede al pagamento diretto delle prestazioni ricevute dall'Assicurato a termini e limiti di Polizza presso le strutture convenzionate appartenenti al Network di MyAssistance, fatta eccezione per eventuali Franchigie e/o Scoperti e/o prestazioni non garantite dalla presente Convenzione che rimangono a carico dell'Assicurato. Qualora l'Assicurato dovesse richiedere una prestazione presso Struttura convenzionata con il Network MyAssistance, ma l'Équipe Medica non lo fosse (Regime misto), la Società non provvederà al pagamento diretto ma solo alla successiva liquidazione in Regime rimborsuale. Si applicano in ogni caso eventuali Scoperti e/o Franchigie previsti in Polizza.

Per ricevere le prestazioni in Regime di assistenza diretta, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa della Cassa, con un preavviso di almeno 48 ore lavorative, per ottenere la relativa autorizzazione.

Il suddetto Regime di assistenza diretta si applica, alle condizioni sopra esposte, per tutte le prestazioni erogate dalla CASDIC di qualsiasi importo.

Fermo il preavviso minimo di 2 giorni (48 h) lavorativi la Centrale Operativa garantisce la risposta (autorizzazione/diniego) sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta:

Per le prestazioni ospedaliere

- se la richiesta perviene con un anticipo di almeno 7 gg lavorativi dalla data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 gg lavorativi dalla richiesta dell'Assistito/Assicurato;
- se la richiesta perviene tra i 6 e i 4 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 gg lavorativi precedenti la data dell'evento;
- se la richiesta perviene tra i 3 e i 2 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro 1 gg lavorativo precedente la data dell'evento.

Per le prestazioni extraospedaliere

- se la richiesta perviene con un anticipo di almeno 4 giorni lavorativi dalla data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 gg lavorativi precedenti la data dell'evento;
- se la richiesta perviene tra i 3 e i 2 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro 1 gg lavorativo precedente la data dell'evento.

Rimane fermo per l'Assicurato il diritto ad un preavviso di almeno 2 giorni (48 ore) lavorativi; in tal caso tuttavia, tale preavviso minimo potrebbe comportare, in ipotesi di diniego dell'autorizzazione, una comunicazione da parte della Centrale Operativa a ridosso del momento previsto per la fruizione della prestazione.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

Le prestazioni relative a ricoveri in struttura privata senza intervento e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto (c.d. "ricoveri impropri") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito e nei termini di cui al punto "Specialistiche Extraospedaliere".

6.2 Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di ricovero in istituto di cura in regime di Pagamento Diretto qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si **dovesse accertare la non validità della polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'istituto di cura se già saldate dalla Compagnia alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.**

6.3 Procedura operativa – Regime rimborsuale

La Società rimborsa a cura ultimata, con la presentazione in fotocopia delle fatture o notule debitamente quietanzate, nonché da:

- cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- certificato medico (compresa la prescrizione medica elettronica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso garanzie extraospedaliere);
- dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;
- referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio. In caso di cure dentarie da Infortunio (se previste dall'opzione) le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'Infortunio

dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);

- certificato del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previste dall'opzione prescelta), intendendosi comunque escluse le lenti "usa e getta". Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46. La richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno.

La documentazione deve essere intestata all'Assistito o ad un familiare beneficiario delle prestazioni: il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'Assicurato.

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere corredate dalla relativa diagnosi e/o sospetta patologia e prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

Qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto. Le prestazioni suddette devono essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Sono comunque escluse dal rimborso le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo.

In caso di più ricoveri per la medesima patologia effettuati a breve distanza di tempo, la Società può richiedere per le degenze successive al primo ricovero una relazione clinica specialistica che li giustifichi. Le prestazioni relative a ricoveri in struttura privata senza Intervento chirurgico e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto (c.d. "ricoveri impropri") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito e nei termini di cui al punto "Specialistiche Extraospedaliere" Le richieste di rimborso per Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi dovranno essere presentate al termine della cura.

Ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.