

PIANO SANITARIO PER I DIPENDENTI

dell'Università degli Studi
di Roma Tor Vergata



1. Piano sanitario collettivo

- **Decorrenza:** 1° gennaio 2023
- **Assicurati:** TAB e CEL, possibilità di estensione ai familiari con premio a carico del dipendente
- **Chi fornisce le prestazioni:** Cassa di Assistenza Sanitaria CASPIE www.caspieonline.eu
- **Opzioni attivabili:**

FORMULA BASE automatica per i TAB e CEL, senza costi e senza necessità di adesione

FORMULA PREMIUM attivabile a carico del dipendente



2. Come aderire alla formula premium

e/o estendere la copertura ai familiari

- **Entro quando è possibile aderire alla formula Premium e/o estendere la copertura ai familiari:** 28° febbraio 2023
- **Come aderire:** inviando modulo di adesione formato pdf e word all'indirizzo mail polizzasanitaria@dbdg.it
- **Come estendere la copertura ai familiari:** indicando nel modulo di adesione le persone cui si vuole estendere il piano sanitario



2. Come aderire alla formula premium



Spett.le
CASPIE
Via G. Mercalli n. 80
00197 ROMA

e p.c. Spett. le
UNIVERSITA' TOR VERGATA

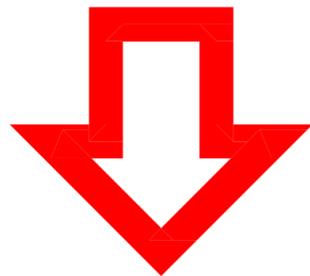
RICHIESTA DI ADESIONE

Il/la sottoscritto/a _____ (cognome) _____ (nome) _____ (telefono) _____ (IBAN)

_____ (indirizzo e-mail) il quale alla data del ____/____/2023 risulta appartenente alla categoria:

DIPENDENTI

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



- Disciplinare A – BASE**
€ 266,70 annui pro/capite per il coniuge o convivente, unico figlio in famiglia monogenitoriale, familiare non fiscalmente a carico
€ 533,40 annui per il nucleo a carico convivente
- Disciplinare B – PREMIUM**
€ 266,70 annui per il dipendente
€ 466,73 annui pro/capite per il coniuge o convivente, unico figlio in famiglia monogenitoriale, familiare non fiscalmente a carico
€ 933,45 annui per il nucleo a carico convivente

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

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

Dichiara espressamente che i dati sopra indicati, con riferimento alla posizione di carico fiscale ed allo stato di convivenza, risultano corrispondenti alla realtà. Pertanto autorizza l'Università TOR VERGATA a trattare sulle proprie competenze l'importo relativo ai contributi assistenziali a carico dello scrivente per l'assistenza sanitaria erogata dalla CASPIE. Detto importo dovrà essere riconosciuto a nome del sottoscritto alla CASPIE stessa secondo le modalità da questa comunicate. Dichiara altresì di ben conoscere la normativa sottoscritta tra la CASPIE e l'Università TOR VERGATA e di accettarla in ogni sua parte senza alcuna riserva od eccezione, con particolare riguardo a quanto contenuto nel Disciplinare relativamente ai termini di presentazione delle richieste di rimborso. Il sottoscritto/i dichiara/ano di aver letto l'informativa dietro riportata e di rilasciare il consenso al trattamento da parte della CASPIE dei propri dati personali e sensibili per le finalità di assistenza sanitaria integrativa e con le modalità indicate nella stessa informativa. Il sottoscritto/i dichiara/ano di aver letto l'informativa dietro riportata e di aver compreso che la natura e la finalità del trattamento da parte della CASPIE dei propri dati personali e sensibili avviene esclusivamente per le finalità di assistenza sanitaria integrativa e con le modalità indicate nella stessa informativa.

Data _____ Firma del Titolare _____ e dei familiari maggiorenni _____

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

___ Concedo il consenso ___ Nego il consenso Data _____ Firma del Titolare _____



3. Cosa garantisce il piano sanitario

Spese sostenute a fronte di malattia accertata o presunta, per infortunio e gravidanza

Principali definizioni:

- **Malattia:** Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
- **Infortunio:** L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili
- **Gravidanza:** è considerata Malattia a tutti gli effetti
- **Franchigia:** l'importo fisso che resta a carico dell'assicurato
- **Scoperto:** l'importo percentuale, da applicarsi all'importo della spesa, che resta a carico dell'assicurato



4. Chi può essere assicurato

- **Persone assicurate:** TAB e CEL in servizio e fino ai 70 anni di età
- In caso di cessazione del rapporto di lavoro e/o del compimento di 70 anni la polizza cessa all'annualità successiva



5. Effetto della copertura

- La copertura è operante **dal 01.01.2023** per tutte le prestazioni previste
- E' valida qualunque sia lo **stato di salute dell'assicurato** senza esclusione di malattie/infortuni pregressi



6. Quali sono i familiari che possono aderire?

- **Coniuge** a prescindere dal carico e dalla residenza
- **Convivente** solo se presente nello stato di famiglia ma anche non a carico
- **Figlio unico** con dipendente unico genitore nelle ipotesi successive
- **Figli fiscalmente a carico** (anche parziale) anche se non convivente
- **Figli fino a 24** non a carico e non convivente (solo in presenza di sentenza di separazione o divorzio e/o per motivi di studio/lavoro/stage)
- Per ciascun **figlio non a carico** ma convivente dallo stato di famiglia



7. PRESTAZIONI OPZIONE BASE

Ospedaliera



MASSIMALI/GARANZIE ASSICURATE - ASSISTENZA BASE

(per persona in caso di estensione al nucleo sono raddoppiati per anno assicurativo)

Limite di età	70	
Malattie preesistenti	incluse	
Carenze	non previste	
	SOLO TITOLARE	TITOLARE + NUCLEO
	In caso di grande intervento chirurgico (Allegato 1)	
	RICOVERI IN GENERE	RICOVERI IN GENERE
Limite di assistenza	€ 10.000,00 annuo/pro-capite	€ 20.000,00 annuo/nucleo
<i>Scoperto</i>	€ 0,00 in convenzione diretta; 15% minimo € 500,00 fuori convenzione; ticket 100%	€ 0,00 in convenzione diretta; 15% minimo € 500,00 fuori convenzione; ticket 100%
onorari medici, assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure e trattamenti fisioterapici durante il ricovero	compresi	compresi
Pre e Post	90 gg pre + 120 gg post	90 gg pre + 120 gg post
Retta di degenza	100%	100%
Trasporto (Italia) e ritorno in caso di intervento per assistito e e eventuale accompagnatore	€ 1.100,00 per anno pro/capite	€ 2.200,00 per anno nucleo
Trasporto dall'Etero in casa di cura in caso di intervento per assistito e e eventuale accompagnatore	€ 2.000,00 per anno pro/capite	€ 4.000,00 per anno nucleo
Indennità sostitutiva	€ 100,00 al dì per max 100 giorni	€ 100,00 al dì per max 100 giorni
	Ricovero per intervento non compreso nei G.I., ricovero senza intervento, Intervento Ambulatoriale, Day Hospital	
Limite di assistenza	€ 8.000,00 annuo/pro-capite	€ 16.000,00 annuo/nucleo
<i>Scoperto</i>	€ 0,00 in convenzione diretta; 25% minimo € 500,00 fuori convenzione; ticket 100%	€ 0,00 in convenzione diretta; 25% minimo € 500,00 fuori convenzione; ticket 100%
onorari medici, assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure e trattamenti fisioterapici durante il ricovero	compresi	compresi
Pre e Post	90 gg pre + 120 gg post	90 gg pre + 120 gg post
Indennità sostitutiva	€ 100,00 al dì per max 100 giorni	€ 100,00 al dì per max 100 giorni
Rette di Vitto e pernottamento accompagnatore	€ 35,00 al dì max 30gg	€ 35,00 al dì max 30gg

8. PRESTAZIONI OPZIONE BASE

Extra - Ospedaliera

Prestazioni Extra - Ricovero e Prestazioni specialistiche		
	ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DI LABORATORIO	ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DI LABORATORIO
Prestazioni "alta specializzazione" %		
Limite di assistenza	€ 3.000,00 anno/pro-capite	€ 6.000,00 anno/nucleo
<i>Scoperto</i>	€ 35,00 per prestazione o ciclo terapia in Convenzione diretta ; € 50,00 per accertamento o ciclo di terapia fuori Convenzione- ticket 100%	€ 35,00 per prestazione o ciclo terapia in Convenzione diretta ; € 50,00 per accertamento o ciclo di terapia fuori Convenzione- ticket 100%
Prestazioni specialistiche		
Limite di assistenza	nel limite di € 3.000,00 di alta specializzazione	nel limite di € 6.000,00 di alta specializzazione
<i>Scoperto</i>	€ 35,00 per prestazione in Convenzione diretta ; € 50,00 per visita o ciclo di terapia fuori Convenzione- ticket 100%	€ 35,00 per prestazione in Convenzione diretta ; € 50,00 per visita o ciclo di terapia fuori Convenzione- ticket 100%
Cure oncologiche (site specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica)		
Limite di assistenza	€ 3.000,00 anno/pro-capite	€ 6.000,00 anno/nucleo
<i>Scoperto</i>	€ 0,00	€ 0,00
Cure dentarie		
Limite di assistenza	€ 300,00 anno/pro-capite	€ 600,00 anno/nucleo
Limite assistenza ablazione tartaro (sub-limite di € 300,00)	€ 50 senza scoperto	€ 50 senza scoperto
<i>Scoperto</i>	15% minimo € 50,00 in convenzione diretta; 25% con il minimo di € 80,00 per fattura fuori convenzione - ticket 100%	15% minimo € 50,00 in convenzione diretta; 25% con il minimo di € 80,00 per fattura fuori convenzione - ticket 100%
Protesi ortopediche e Acustiche		
Limite di assistenza	€ 100,00 anno/pro-capite	€ 200,00 anno/nucleo
<i>Scoperto</i>	15% minimo € 50,00 in convenzione diretta; 25% con il minimo di € 80,00 per fattura fuori convenzione	15% minimo € 50,00 in convenzione diretta; 25% con il minimo di € 80,00 per fattura fuori convenzione
Lenti e occhiali		
Limite di assistenza	€ 200,00 anno/pro-capite	€ 400,00 anno/nucleo
<i>Scoperto</i>	30% per fattura	30% per fattura
Medicina preventiva		
Limite di assistenza	nessun limite /vedi elenco	nessun limite /vedi elenco
<i>Scoperto</i>	€ 0,00	€ 0,00
Pacchetto maternità		
Limite di assistenza	€ 1.000,00 per ciascuna gravidanza	€ 2.000,00 per ciascuna gravidanza
<i>Scoperto</i>	0% in convenzione diretta; 25% minimo € 70,00 per visita o accertamento fuori convenzione-ticket 100%	0% in convenzione diretta; 25% minimo € 70,00 per visita o accertamento fuori convenzione-ticket 100%
Decesso		
Rimpatrio salma dall'estero	€ 3.000,00 per anno/pro-capite	€ 6.000,00 per anno/nucleo
Fisioterapia a seguito di infortunio		
Limite di assistenza	€ 200,00 per anno/pro-capite	€ 400,00 per anno/nucleo
<i>Scoperto</i>	15% minimo € 50,00 per fattura in convenzione diretta; 25% minimo € 80,00 fuori convenzione - ticket al 100%	15% minimo € 50,00 per fattura in convenzione diretta; 25% minimo € 80,00 fuori convenzione - ticket al 100%

9. PRESTAZIONI OPZIONE PREMIUM

Ospedaliera



MASSIMALI/GARANZIE ASSICURATE - ASSISTENZA PREMIUM

(per persona in caso di estensione al nucleo sono raddoppiati per anno assicurativo)

Limite di età	70	
Malattie preesistenti	incluse	
Carenze	non previste	
	SOLO TITOLARE	TITOLARE + NUCLEO
	In caso di grande intervento chirurgico (Allegato 1)	
	RICOVERI IN GENERE	RICOVERI IN GENERE
Limite di assistenza	€ 100.000,00 annuo/pro-capite	€ 200.000,00 annuo/nucleo
Scoperto	€ 0,00 in convenzione diretta; 15% minimo € 500,00 fuori convenzione; ticket 100%	€ 0,00 in convenzione diretta; 15% minimo € 500,00 fuori convenzione; ticket 100%
onorari medici, assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure e trattamenti fisioterapici durante il ricovero	compresi	compresi
Pre e Post	90 gg pre + 120 gg post	90 gg pre + 120 gg post
Retta di degenza	100%	100%
Trasporto (Italia) e ritorno in caso di intervento per assistito e e eventuale accompagnatore	€ 1.100,00 per anno pro/capite	€ 2.200,00 per anno nucleo
Trasporto dall'Etero in casa di cura in caso di intervento per assistito e e eventuale accompagnatore	€ 2.000,00 per anno pro/capite	€ 4.000,00 per anno nucleo
Indennità sostitutiva	€ 100,00 al dì per max 100 giorni	€ 100,00 al dì per max 100 giorni
	Ricovero per intervento non compreso nei G.I., ricovero senza intervento, Intervento Ambulatoriale, Day Hospital	
Limite di assistenza	€ 50.000,00 annuo/pro-capite	€ 100.000,00 annuo/nucleo
Scoperto	€ 250,00 in convenzione diretta; 15% minimo € 500,00 fuori convenzione; ticket 100%	€ 250,00 in convenzione diretta; 15% minimo € 500,00 fuori convenzione; ticket 100%
onorari medici, assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure e trattamenti fisioterapici durante il ricovero	compresi	compresi
Pre e Post	90 gg pre + 120 gg post	90 gg pre + 120 gg post
Indennità sostitutiva	€ 100,00 al dì per max 100 giorni	€ 100,00 al dì per max 100 giorni
Rette di Vitto e pernottamento accompagnatore	€ 60,00 al dì max 30gg	€ 60,00 al dì max 30gg

10. PRESTAZIONI OPZIONE PREMIUM

Extra - Ospedaliera

Prestazioni Extra - Ricovero e Prestazioni specialistiche		
	ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DI LABORATORIO	ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DI LABORATORIO
Prestazioni "alta specializzazione" %		
Limite di assistenza	€ 5.000,00 anno/pro-capite	€ 10.000,00 anno/nucleo
Scoperto	€ 0,00 in Convenzione diretta ; 20% minimo € 50,00 per accertamento o ciclo di terapia fuori Convenzione- ticket 100%	€ 0,00 in Convenzione diretta ; 20% minimo € 50,00 per accertamento o ciclo di terapia fuori Convenzione- ticket 100%
Prestazioni specialistiche		
Limite di assistenza	€ 5.000,00 di alta specializzazione	€ 10.000,00 di alta specializzazione
Scoperto	€ 0,00 per prestazione in Convenzione diretta ; € 35,00 per visita o ciclo di terapia fuori Convenzione- ticket 100%	€ 0,00 per prestazione in Convenzione diretta ; € 35,00 per visita o ciclo di terapia fuori Convenzione- ticket 100%
Cure oncologiche (site specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica)		
Limite di assistenza	€ 10.000,00 anno/pro-capite	€ 20.000,00 anno/nucleo
Scoperto	€ 0,00	€ 0,00
Cure dentarie		
Limite di assistenza	€ 1.000,00 anno/pro-capite	€ 2.000,00 anno/nucleo
Limite assistenza ablazione tartaro (sub-limite di € 300,00)	€ 100 senza scoperto e franchigia	€ 100 senza scoperto e franchigia
Scoperto	15% minimo € 50,00 in convenzione diretta; 25% con il minimo di € 80,00 per fattura fuori convenzione - ticket 100%	15% minimo € 50,00 in convenzione diretta; 25% con il minimo di € 80,00 per fattura fuori convenzione - ticket 100%
Protesi ortopediche e Acustiche		
Limite di assistenza	€ 500,00 anno/pro-capite	€ 1.000,00 anno/nucleo
Scoperto	15% minimo € 50,00 in convenzione diretta; 25% con il minimo di € 80,00 per fattura fuori convenzione	15% minimo € 50,00 in convenzione diretta; 25% con il minimo di € 80,00 per fattura fuori convenzione
Lenti e occhiali		
Limite di assistenza	€ 500,00 anno/pro-capite	€ 1.000,00 anno/nucleo
Scoperto	15% minimo € 50,00 per fattura	15% minimo € 50,00 per fattura
Medicina preventiva		
Limite di assistenza	nessun limite /vedi elenco	nessun limite /vedi elenco
Scoperto	€ 0,00	€ 0,00
Pacchetto maternità		
Limite di assistenza	€ 5.000,00 per ciascuna gravidanza	€ 10.000,00 per ciascuna gravidanza
Scoperto	0% in convenzione diretta; 15% minimo € 50,00 per visita o accertamento fuori convenzione-ticket 100%	0% in convenzione diretta; 15% minimo € 50,00 per visita o accertamento fuori convenzione-ticket 100%
Decesso		
Rimpatrio salma dall'estero	€ 3.000,00 per anno/pro-capite	€ 6.000,00 per anno/nucleo
Spese funerarie	€ 1.500,00 per anno/pro-capite	€ 3.000,00 per anno/nucleo
Fisioterapia a seguito di infortunio		
Limite di assistenza	€ 500,00 per anno/pro-capite	€ 1.000,00 per anno/nucleo
Scoperto	€ 0,00 in convenzione diretta; 25% minimo € 70,00 fuori convenzione per fattura- ticket al 100%	€ 0,00 in convenzione diretta; 25% minimo € 70,00 fuori convenzione per fattura- ticket al 100%
Stato di non autosufficienza/ LTC		
Limite di assistenza	€ 5.000,00 per anno/pro-capite	€ 10.000,00 per anno/nucleo

11. Quando si può chiedere il rimborso per la Fisioterapia?

a **fini riabilitativi** seguito di infortunio e malattia

Necessaria **prescrizione del medico** di base o dello specialista con indicazione della patologia

Non sono rimborsabili le spese effettuate presso:

- Palestre
- Club ginnico-sportivi
- Studi estetici
- Alberghi salute
- Centri benessere

Il limite di spesa per la fisioterapia seguito infortunio ammonta a € 500,00

Il limite di spesa per la fisioterapia seguito malattia ammonta a € 5.000,00



12. Pacchetto maternità

FORMULA BASE

Anche senza patologia sono rimborsabili **senza prescrizione**:

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

FORMULA PREMIUM

Oltre alle prestazioni di cui sopra è previsto, in aggiunta, **supporto psicologico post parto**, per un massimo di 3 visite psicologiche da effettuarsi entro 3 mesi dal parto.



13. Medicina preventiva

FORMULA BASE

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

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

FORMULA PREMIUM

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

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

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

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

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

14. Principali esclusioni, cosa non è coperto?

- le conseguenze dovute ad **abuso di alcoolici e psicofarmaci**, uso di stupefacenti (salvo, in quest'ultimo caso, la somministrazione terapeutica), allucinogeni e simili;
- gli infortuni sofferti in **stato di ubriachezza** alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, aggressioni o di atti violenti che abbiano **movente politico o sociale** cui l'Assicurato/a abbia preso parte volontariamente;
- gli infortuni derivanti da partecipazioni a **gare professionistiche** e relative prove e allenamenti;
- le applicazioni di **carattere estetico** (salvo gli interventi di chirurgia e plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio o da pregressa chirurgia demolitiva);
- tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla "**fecondazione assistita**" e/o "**fecondazione eterologa**";
- degenze in case di riposo, in **strutture di lungodegenza** o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- ricoveri per **stati vegetativi**, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato/a che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- cure **non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS**;
- le **malattie mentali**, i disturbi psichici in genere e le nevrosi; le visite presso medici specialisti in Psichiatria sono tuttavia pienamente rientranti tra le prestazioni di cui al punto "ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DI LABORATORIO" per la polizza BASE e al punto "VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO" per la polizza PREMIUM;
- le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a **vizi di rifrazione** (ad esempio correzione di miopia e astigmatismo) ad eccezione di quanto segue: la garanzia opererà qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.

15. Quanto costa?

CATEGORIA	DIPENDENTI BASE	COMBINAZIONI	PREMI
A	titolare FINO A 70 ANNI	A	a carico ateneo
B	coniuge a prescindere dal carico e dalla residenza	A+B	266,70 €
B	convivente copribile solo se presente nello stato di famiglia ma anche non a carico	A+B	266,70 €
C	figlio unico con dipendente unico genitore nelle ipotesi D e E che seguono	A+C	266,70 €
D	figli fiscalmente a carico (anche parziale) anche se non convivente a qualsiasi età	A+B+D	533,40 €
E	Figli fino a 24 non a carico e non convivente solo dopo sentenza di separazione o divorzio o per motivi di studio/lavoro/stage	A+B+E	533,40 €
F	Per ciascun figlio non a carico ma conviventi da stato di famiglia da aggiungere a qualunque delle opzioni sopra		266,70 €

CATEGORIA	DIPENDENTI PREMIUM	COMBINAZIONI	PREMI
A	titolare FINO A 70 ANNI	A	266,70 €
B	coniuge a prescindere dal carico e dalla residenza	A+B	733,43 €
B	convivente copribile solo se presente nello stato di famiglia ma anche non a carico	A+B	733,43 €
C	figlio unico con dipendente unico genitore nelle ipotesi D e E che seguono	A+C	733,43 €
D	figli fiscalmente a carico (anche parziale) anche se non convivente a qualsiasi età	A+B+D	1.200,15 €
E	Figli fino a 24 non a carico e non convivente solo dopo sentenza di separazione o divorzio o per motivi di studio/lavoro/stage	A+B+E	1.200,15 €
F	Per ciascun figlio non a carico ma conviventi da stato di famiglia da aggiungere a qualunque delle opzioni sopra		466,73 €

CATEGORIA	DOCENTI BASE	COMBINAZIONI	PREMI
A	titolare FINO A 70 ANNI	A	355,60 €
B	coniuge a prescindere dal carico e dalla residenza	A+B	622,10 €
B	convivente copribile solo se presente nello stato di famiglia ma anche non a carico	A+B	622,10 €
C	figlio unico con dipendente unico genitore nelle ipotesi D e E che seguono	A+C	622,10 €
D	figli fiscalmente a carico (anche parziale) anche se non convivente a qualsiasi età	A+B+D	889,00 €
E	Figli fino a 24 non a carico e non convivente solo dopo sentenza di separazione o divorzio o per motivi di studio/lavoro/stage	A+B+E	889,00 €
F	Per ciascun figlio non a carico ma conviventi da stato di famiglia da aggiungere a qualunque delle opzioni sopra		266,70 €

CATEGORIA	DOCENTI PREMIUM	COMBINAZIONI	PREMI
A	titolare FINO A 70 ANNI	A	622,30 €
B	coniuge a prescindere dal carico e dalla residenza	A+B	1.089,03 €
B	convivente copribile solo se presente nello stato di famiglia ma anche non a carico	A+B	1.089,03 €
C	figlio unico con dipendente unico genitore nelle ipotesi D e E che seguono	A+C	1.089,03 €
D	figli fiscalmente a carico (anche parziale) anche se non convivente a qualsiasi età	A+B+D	1.555,75 €
E	Figli fino a 24 non a carico e non convivente solo dopo sentenza di separazione o divorzio o per motivi di studio/lavoro/stage	A+B+E	1.555,75 €
F	Per ciascun figlio non a carico ma conviventi da stato di famiglia da aggiungere a qualunque delle opzioni sopra		466,73 €



16. Come si pagano i piani aggiuntivi

- Il costo del **piano sanitario Premium** per il dipendente sarà trattenuto mensilmente in busta paga
- Il costo delle **estensioni ai familiari** del dipendente sarà trattenuto in busta paga in due rate



17. Come accedere alle prestazioni

FORMA DIRETTA

Utilizzo strutture convenzionate
Medici convenzionati

FORMA INDIRECTA

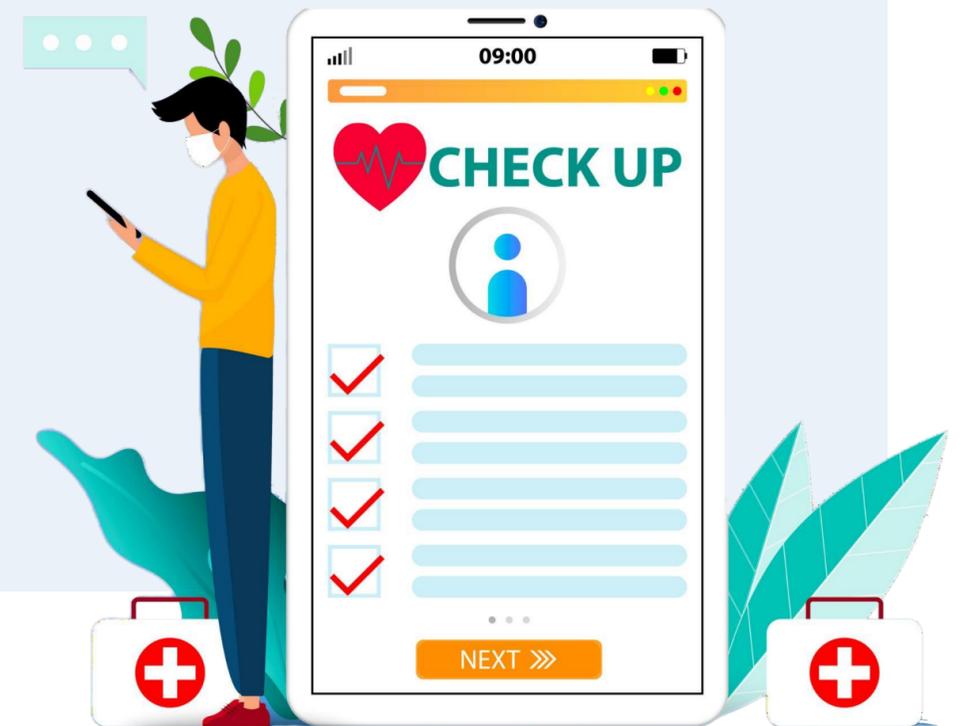
utilizzo strutture/medici non convenzionati



18. Prestazioni in forma diretta

FORMA DIRETTA (utilizzo strutture/medici convenzionati)

- Prenotazione presso la struttura convenzionata, almeno 72 ore lavorative precedenti la prestazione
- Nessun anticipo di spesa
- Pagamento della franchigia/scoperto direttamente alla struttura
- Presentazione direttamente alla struttura della prescrizione

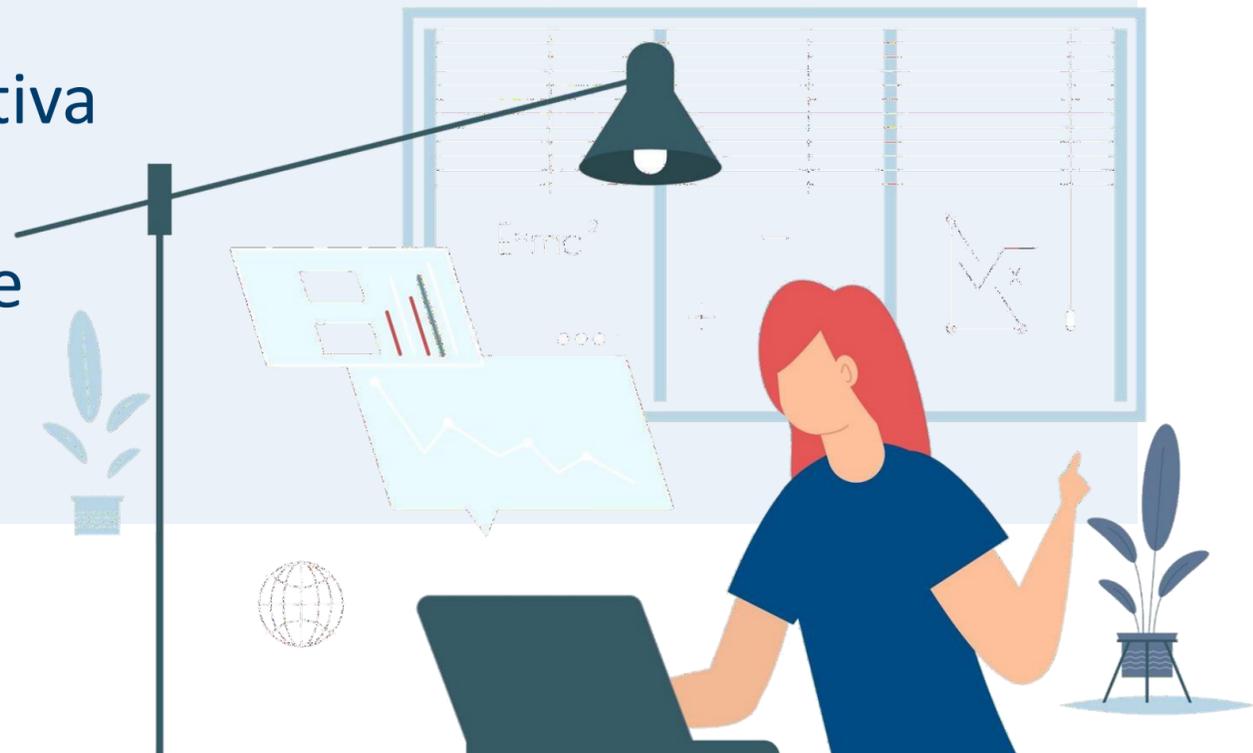


19. Prestazioni in forma indiretta

FORMA INDIRETTA (utilizzo strutture/medici non convenzionate)

- Accedere alla propria area personale sul sito www.caspie.eu
- Compilare, sottoscrivere e allegare il modulo di Richiesta di Rimborso
- Allegare le prescrizioni mediche e le fatture di spesa sostenute all'interno dell'area personale

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



20. Fatture/ricevute - Principali caratteristiche

- In caso di ricovero/day hospital, con o senza intervento chirurgico, non gestito in pagamento diretto: presentare copia della cartella clinica e tutte le notule di spesa relative alla degenza e alla Equipe medica; in caso di intervento ambulatoriale, presentare relazione d'intervento.
- La documentazione di spesa deve essere sempre completa di nominativo del soggetto che ha effettuato la prestazione e relativi dati, importo, data, cod. fiscale e part. IVA dell'emittente la fattura. Deve sempre essere riportata la descrizione della prestazione che è stata effettuata.
- Ricevute di ticket: verificare che sulla ricevuta sia specificata la dicitura "ticket". Se non indicato inviare altro documento emesso dalla Struttura da cui si evinca che si tratta di ticket.
- Visita specialistica privata: sulla fattura deve essere riportato il tipo di visita specialistica effettuata (verificare che sul timbro del medico sia indicata la specializzazione).
- Rimborso lenti: sulla del medico specialista oculista deve essere riportata espressamente l'intervenuta modifica visus. In caso contrario farsi fare una dichiara prescrizione o presentare l'ultima misurazione del visus per confrontare l'avvenuta modifica.
- Cure dentarie: è necessario allegare un certificato del Dentista nel quale sia indicata la specifica dei lavori eseguiti. L'assicurato deve altresì sottoporsi agli accertamenti e controlli medici eventualmente richiesti dalla Compagnia e fornire ogni altra documentazione o informazione amministrativa e/o sanitaria che la stessa ritenga necessaria per poter processare la pratica.

NB: Si ricorda che, in base alle normative vigenti, è necessario apporre una marca da bollo di € 2,00 sulle fatture/ricevute di importo superiore ad € 77,47

Non potranno essere ammessi a rimborso documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni (es.: l'apposizione anche successiva della diagnosi deve essere timbrata e firmata dal medico).

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

Siamo a vostra disposizione!

Contatti e Assistenza

CASSA DI ASSISTENZA CASPIE

Per qualsiasi informazione o la stipula delle polizze, siamo a disposizione ai seguenti recapiti:

- **Contatto telefonico** con la centrale operativa, tutti i giorni dalle ore 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00

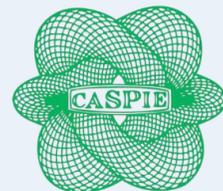
800 124 306

numero verde dedicato valido per le chiamate da telefono fisso

+39 06 67549306

valido per le chiamate da cellulare e dall'estero

- **Email dedicata** assistenza.torvergata@caspieonline.eu
- **Accesso all'area riservata** del portale www.caspieonline.eu, previa registrazione



IL BROKER D'ATENEIO DE BESI-DI GIACOMO S.P.A.

offre un servizio di risposta alle richieste di informazioni e necessità di chiarimenti relativamente alla polizza sanitaria attraverso:

- **Numero dedicato** attivo dal lunedì al venerdì in orario 9:00-12:00 e 15:00-17:00

+39 06 36083911

- **Email dedicata** polizzasanitaria@dbdg.it
- **Servizio di sportello assicurativo** ogni mercoledì dalle 9:00 alle 12:30 presso l'edificio C, piano zero del Rettorato d'Ateneo



**DE BESI
DI GIACOMO**

BROKER DI ASSICURAZIONI. DAL 1959.

Grazie
Per l'attenzione

