

Allegato 1 – Schede Riassuntive

Di seguito vengono riportate le schede riassuntive distinte tra:

- dipendente di Roma Capitale, i Massimali e limiti si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona. Gli Scoperti se non diversamente indicato si applicano per Evento.
- Nucleo Familiare (escluso dipendente i Roma Capitale), qualora prevista l'inclusione, i Massimali e limiti si intendono applicati per Anno Assicurativo e per Nucleo Familiare. Gli Scoperti se non diversamente indicato si applicano per Evento.
Per le sole cure odontoiatriche la numerosità delle prestazioni si intende per ogni membro del Nucleo Familiare.

DIPENDENTE di Roma Capitale	
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Grande Intervento Chirurgico come da elenco	
<p><u>Massimale annuo</u> Condizioni: Strutture Convenzionate – Pagamento diretto Strutture non Convenzionate – a Rimborso Spese PRE/POST Limite spese PRE/POST</p>	<p>€ 80.000,00</p> <p>Rimborso al 100%</p> <p>Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 20%</p> <p>Riconosciute nei 30 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi</p> <p>€ 1.500,00</p>
Ricoveri con/senza Intervento Chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale	
<p>Massimale: ricoveri con/senza intervento chirurgico, day hospital, day surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale</p> <p>Condizioni: Strutture convenzionate – pagamento diretto Strutture convenzionate - Equipe non convenzionata (Misto)</p>	<p>Fino al massimo di € 3.500,00 per evento con un massimo di 2 eventi per anno assicurativo. Per gli interventi chirurgici ambulatoriali il limite massimo per evento è pari ad €. 300,00.</p> <p>Si precisa che, indipendentemente dalle garanzie attivate, il numero massimo di eventi risarcibili per anno è pari a 2.</p> <p>Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 15%</p> <p>Struttura convenzionata: Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 15%. Equipe medica non convenzionata: Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 40%.</p>
<p>Spese PRE/POST</p>	<p>Riconosciute nei 30 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi</p>
<p>Limite spese PRE/POST</p>	<p>Ricomprese nel massimale di € 3.500,00 per evento</p>

Limite rimborsabile per rette di degenza (solo presso strutture non Convenzionate – a rimborso)	€ 200,00 giornalieri
Spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore	€ 50,00 giornalieri per una durata massima di 30 giorni (no Scoperti)
Spese per trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 1.500,00 (no Scoperti)
Spese per rimpatrio della salma	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 2.500,00 (no Scoperti)
Indennità Sostitutiva GIC (da elenco)	€ 100,00 giornaliera per un massimo di 100 giorni
Spese PRE/POST Indennità Sostitutiva	Riconosciute nei 30 giorni precedenti e nei 30 giorni successivi (Rimborso al 100%)
Limite spese PRE/POST Indennità Sostitutiva	€ 1.500,00
Indennità Sostitutiva Ricovero con/senza intervento, Day Hospital/Day Surgery	€ 100,00 giornaliera per un massimo di 30 giorni In caso di Day Hospital/Day Surgery l'indennità viene ridotta del 50%
Spese PRE/POST Indennità Sostitutiva	Riconosciute nei 30 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi (rimborso al 100%)
Limite spese PRE/POST Indennità Sostitutiva	€ 1.500,00
Ticket (SSN)	Rimborso al 100% della spesa sostenuta fermo il massimale annuo previsto dalla garanzia
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
<u>Alta Diagnostica (vedi Sezione A – Malattia - punto B)</u>	
<u>Massimale annuo</u>	€ 3.000,00
Condizioni:	
Strutture Convenzionate – pagamento diretto	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 10% con il minimo di euro 50
Strutture non Convenzionate – a rimborso	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo di euro 50
Ticket (SSN)	Rimborso al 100%
<u>Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio, Trattamenti Fisioterapici, Rieducativi, Laserterapia</u>	
<u>Massimale annuo</u>	Visite ed accertamenti: € 1.250,00 con il Sottolimito di € 500,00 per trattamenti fisioterapici, rieducativi e laserterapia
Condizioni:	
Strutture Convenzionate – pagamento diretto	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 10% con il minimo di euro 25
Ticket (SSN)	Rimborso al 100%

Cure oncologiche <u>effettuate in regime extraospedaliero</u>	
Massimale annuo	€ 10.000,00
Condizioni:	Rimborso al 100%
Cure Odontoiatriche	Vedasi Art. 18 punto E "Cure odontoiatriche"
Pacchetto Maternità	
Massimale per ecografie effettuate durante la gravidanza:	€ 400,00
Condizioni:	
Strutture Convenzionate – Pagamento diretto	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 30%
Strutture non Convenzionate – a Rimborso	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 50%
Indennità Sostitutiva nel regime SSN per il parto	€ 50,00 al giorno per un massimo di 10 giorni
Neonato:	
spese per la correzione di malformazioni congenite nel primo anno di vita del neonato (intervento, visite, accertamenti diagnostici pre/post, vitto e pernottamento dell'accompagnatore):	€ 2.500,00
Lenti e Occhiali	
Massimale annuo:	€ 80,00

NUCLEO FAMILIARE	
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Grande Intervento Chirurgico come da elenco	
<p><u>Massimale annuo</u></p> <p>Condizioni:</p> <p>Strutture Convenzionate – Pagamento diretto</p> <p>Strutture non Convenzionate – a Rimborso</p> <p>Spese PRE/POST</p> <p>Limite spese PRE/POST</p>	<p>€ 80.000,00 con il limite di un solo evento per anno</p> <p>Rimborso al 100%</p> <p>Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 20%</p> <p>Riconosciute nei 30 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi</p> <p>€ 1.500,00</p>
Ricoveri con/senza Intervento Chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale	
<p>Massimale: Day Hospital/Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale:</p> <p>Condizioni:</p> <p>Strutture convenzionate – pagamento diretto</p> <p>Strutture convenzionate - Equipe non convenzionata (Misto)</p> <p>Spese PRE/POST</p> <p>Limite spese PRE/POST</p> <p>Limite rimborsabile per rette di degenza (solo presso strutture non Convenzionate – a rimborso)</p>	<p>Fino al massimo di € 2.000,00 per evento con un massimo di 2 eventi per anno assicurativo. Per gli interventi chirurgici ambulatoriali il limite massimo per evento è pari ad €. 300,00.</p> <p>Si precisa che, indipendentemente dalle garanzie attivate, il numero massimo di eventi risarcibili per anno è pari a 2.</p> <p>Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 15%</p> <p>Struttura convenzionata- Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 15%. Equipe medica non convenzionata- Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 40%.</p> <p>Riconosciute nei 30 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi</p> <p>Ricomprese nel massimale di € 2.000,00 per evento</p>
<p>Spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore</p>	<p>€ 50,00 giornalieri per una durata massima di 30 giorni (no Scoperti)</p>
<p>Spese per trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione</p>	<p>Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 1.500,00 (no Scoperti)</p>
<p>Spese per rimpatrio della salma</p>	<p>Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 2.500,00 (no Scoperti)</p>
<p>Indennità Sostitutiva GIC (da elenco)</p>	<p>€ 100,00 giornaliera per un massimo di 100 giorni</p>
<p>Spese PRE/POST Indennità Sostitutiva</p>	<p>Riconosciute nei 30 giorni precedenti e nei 30 giorni successivi (Rimborso al 100%)</p>
<p>Limite spese PRE/POST Indennità Sostitutiva</p>	<p>€ 1.500,00</p>

Indennità Sostitutiva Ricovero con/senza intervento, Day Hospital/Day Surgery	€ 100,00 giornalieri per un massimo di 30 giorni In caso di Day Hospital/Day Surgery l'indennità viene ridotta del 50%
Spese PRE/POST Indennità Sostitutiva	Riconosciute nei 30 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi (rimborso al 100%)
Limite spese PRE/POST Indennità Sostitutiva	€ 1.500,00
Ticket (SSN)	Rimborso al 100% della spesa sostenuta fermo il massimale annuo previsto dalla garanzia
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
<u>Alta Diagnostica (vedi Sezione A – Malattia - punto B)</u>	
<u>Massimale annuo</u>	€ 3.000,00
Condizioni:	
Strutture Convenzionate – pagamento diretto	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 10% con il minimo di euro 50
Strutture non Convenzionate – a rimborso	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo di euro 50
Ticket (SSN)	Rimborso al 100%
<u>Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio e Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi e Laserterapia</u>	
<u>Massimale annuo</u>	€ 1.000,00 con: Sottolimito di € 500,00 per trattamenti fisioterapici, rieducativi e laserterapia
Condizioni	
Strutture Convenzionate – pagamento diretto	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 10% con il minimo di euro 25
Ticket (SSN)	Rimborso al 100%
<u>Cure oncologiche effettuate in regime extraospedaliero</u>	
<u>Massimale annuo</u>	€ 10.000,00
Condizioni:	Rimborso al 100%
Cure Odontoiatriche	Vedasi Art. 18 punto E “Cure odontoiatriche”
Pacchetto Maternità	
Massimale per ecografie effettuate durante la gravidanza:	€ 300,00

Condizioni:	
Strutture Convenzionate – Pagamento diretto	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 30%
Strutture non Convenzionate – a Rimborso	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 50%
Indennità Sostitutiva nel regime SSN per il parto	€ 35,00 al giorno per un massimo di 10 giorni

(*) il rimborso delle spese PRE e POST segue la modalità di regime dell'Evento principale (Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale etc).

GESTIONE SINISTRI

- Recapiti

Per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione) la Società si avvale della Centrale Operativa di MyAssistance che può essere contattata:

- telefonicamente al numero verde 800.32.71.55 (per chiamate da numeri nazionali) oppure al numero +39 02.30.35.00.024 (per chiamate da cellulare e dall'estero). Numeri attivi dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00;
- inviando una e-mail all'indirizzo sinistri.adir@myassistance.it;

Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, nel contattare la Centrale Operativa presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

- Responsabilità

L'Assicurato riconosce espressamente che la Società e la Centrale Operativa non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalla Strutture Convenzionate.

Pertanto, l'Assicurato prende atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovrà rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di cura, Centri diagnostici, Centri e Studio odontoiatrici etc.) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

- Denuncia di Sinistro

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso alla Centrale Operativa non appena ne abbia la possibilità.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se ha utilizzato le Strutture Convenzionate ed è stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

L'elenco delle strutture è disponibile nell' area riservata <https://app.myassistance.eu> o nell' App MyAssistance dove l'Assicurato vi accede con le proprie credenzial (user ID e password).

Qualora l'Assicurato decida di usufruire di Strutture Convenzionate - Pagamento diretto (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati) o del Regime Misto - parte con Pagamento Diretto e parte a Rimborso (struttura sanitaria convenzionata e medico/Equipe medica no) deve chiedere specifica autorizzazione alla Centrale Operativa di MyAssistance.

Il Pagamento Diretto avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga delle Strutture Convenzionate con MyAssistance e abbia richiesto a quest' ultima con un preavviso di almeno 10 giorni lavorativi l'autorizzazione al Pagamento Diretto, in mancanza della quale il servizio non è operante.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di reale e comprovata urgenza, che comunque dovranno essere comunicati nel più breve tempo possibile.

L'operatore della Centrale Operativa, verificata l'ammissibilità della richiesta, provvederà ad autorizzare la Struttura Convenzionata ad erogare le prestazioni concordate, dandone conferma all'Assicurato via e-mail.

La preventiva attivazione della Centrale Operativa e la successiva conferma dell'erogazione delle prestazioni sono condizioni essenziali per l'operatività della procedura di Pagamento Diretto, in mancanza delle quali il servizio non sarà operante.

Qualora invece l'Assicurato decida di non avvalersi della procedura di Pagamento Diretto, quindi con ricorso a Strutture non Convenzionate oppure avvalendosi di professionisti medici non convenzionati (presso Strutture Convenzionate), per ottenere il Rimborso delle spese sostenute deve denunciare il Sinistro alla Centrale Operativa entro 15 giorni dalla data dello stesso o da quando ne ha avuto la possibilità.

Le visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio e Trattamenti fisioterapici, rieducativi e laserterapia possono essere effettuate solo presso Strutture Convenzionate attivando il Pagamento diretto, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti indicati nella scheda riepilogativa al cui alligato 1 o in alternativa presso il Servizio Sanitario Nazionale con rimborso del ticket al 100%.

Le cure odontoiatriche possono essere effettuate solo presso Strutture Convenzionate attivando il Pagamento diretto.

Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano, Inglese, Francese e Spagnolo dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

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

- Gestione del Sinistro

Il Pagamento diretto che la Società effettuerà alle Strutture Convenzionate, solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il Pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

La richiesta di Rimborso o il pagamento dell'Indennità Giornaliera viene invece gestita dalla Centrale Operativa entro 10 giorni lavorativi dalla data di arrivo della documentazione da parte dell'Assicurato.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato o ad un beneficiario delle prestazioni e il Rimborso avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Il Rimborso viene sempre effettuato a cura ultimata in Euro.

Tutte le prestazioni assicurate devono essere effettuate da medico specialista o da personale specializzato, corredate dalla relativa diagnosi (patologia accertata o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da studio medico o da Medico specialista.

Le prestazioni infermieristiche possono essere effettuate da infermiere professionista mentre i Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi possono essere effettuati da Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

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 certificata.

Al fine della valutazione del Sinistro, la Società, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di

richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

La Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della documentazione inviata Al fine della corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione.

- Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di autorizzazione al Pagamento Diretto qualora, si dovesse accertare successivamente 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 Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti, la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

- Modalità di erogazione delle prestazioni

L'Assicurato può usufruire, secondo quanto previsto nella scheda riepilogativa al cui all'allegato 1, dei seguenti regimi di erogazione delle prestazioni:

1. Regime Convenzionato – Pagamento Diretto (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati): la Società paga le spese sanitarie alla Struttura Convenzionata. Restano a carico dell'Assicurato eventuali Scoperti o somme eccedenti i Massimali nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e non autorizzata.
2. Regime non Convenzionato – a Rimborso (struttura sanitaria e medico/Equipe medica entrambi non convenzionati): l'Assicurato paga le spese sanitarie e richiede a cura ultimata il Rimborso alla Società. Dal Rimborso vengono sottratti Scoperti o somme eccedenti i Massimali nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto.
3. Regime Misto (struttura sanitaria convenzionata e medico/Equipe medica non convenzionati): La Società paga le spese relative alla struttura sanitaria e l'Assicurato deve saldare eventuali Scoperti a suo carico, come previsto dal Regime Convenzionato, nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e/o non autorizzata. Inoltre, l'Assicurato deve saldare le spese del medico non convenzionato e richiedere successivamente alla Società il Rimborso delle stesse. Dal Rimborso vengono sottratti Scoperti, come previsto dal Regime non Convenzionato, o somme eccedenti i Massimali, nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto.

Qualora per le garanzie operanti e prestate solo presso strutture a regime convenzionato e/o strutture a regime misto, l'Assicurato non richiedesse preventivamente l'autorizzazione al Pagamento Diretto, non si avrà diritto ad alcun rimborso.

Il rimborso delle spese PRE e POST segue la modalità di regime dell'Evento principale (GIC, Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale).

– Modalità e documentazione da inviare per la denuncia Sinistro

1. Regime Convenzionato - Pagamento Diretto

L'Assicurato dovrà inviare preventivamente, tramite area web riservata, app MyAssistance, e-mail **sinistri.adir@myassistance.it**, oppure via fax +39 02.87.18.19.75 la prescrizione medica compilata dal medico di medicina generale o dallo specialista (in assenza della prescrizione potrà essere inviato il certificato o il referto medico) completa delle seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o sospetta, per il familiare dovrà essere indicata anche la data d'insorgenza della stessa;
- tipo di Intervento Chirurgico da eseguire, in caso di GIC, Ricovero con Intervento, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.
Per i soli Interventi Chirurgici Ambulatoriali di asportazione indicare anche il tipo di lesione, sede e dimensioni;
- l'iter diagnostico terapeutico in caso di Ricovero senza Intervento o Day Hospital;
- tipo di prestazione (es. visita ortopedica, scintigrafia, RMN tratto lombare etc.) in caso di prestazioni extraospedaliere;
- richiesta rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia accertata che rende necessari i trattamenti stessi in caso di Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi;
- piano di cure e data di inizio cure in caso di prestazioni dentarie;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinic, ortopantomografie - OPT - etc.) in caso d'Infortunio.

2. Regime non Convenzionato - a Rimborso

La Società, **a fine cure**, rimborsa all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione delle fotocopie delle fatture o notule di spesa debitamente quietanzate complete di:

- Cartella Clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di GIC, Ricovero con o senza Intervento Chirurgico anche in regime di Day Hospital o Day Surgery.
In caso d'Intervento Chirurgico Ambulatoriale, dettagliata relazione del medico specialista con indicata la patologia, il tipo d'intervento e le prestazioni effettuate;
- Prescrizione medica compilata dal medico di medicina generale o dallo specialista con specificata la prestazione, la patologia accertata o sospetta (per il familiare dovrà essere indicata anche la data d'insorgenza della patologia), in caso di prestazioni extraospedaliere.
Qualora l'Assicurato non avesse la prescrizione potrà inviare, in alternativa, o il certificato o il referto medico redatto dallo specialista che ha effettuato la prestazione.
- documentazione (prescrizione, o certificato o referto) rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia per la quale vengono richiesti i trattamenti, in caso di Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi;
- prescrizione medica completa di nome e cognome dell'Assicurato, nome del farmaco e la patologia per la quale è stato prescritto il medicinale, in caso di acquisto medicinali.
Dovrà essere allegato anche lo scontrino fiscale parlante dal quale si dovrà evincere il codice fiscale dell'Assicurato e il nome o codice del farmaco acquistato;
- prescrizione prime lenti o certificato di prescrizione lenti con diottrie mancanti e la specifica di modifica visus, se intervenuta, rilasciato dal medico oculista o da ottico optometrista, in caso di acquisto di lenti e occhiali o lenti a contatto;
Per le lenti a contatto mensili la richiesta di Rimborso deve essere presentata una sola volta e alla fine dell'Anno Assicurativo;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.) in caso d'Infortunio.

La documentazione dovrà essere inviata tramite area web riservata, app dedicata di MyAssistance, e-mail sinistri.adir@myassistance.it, fax +39 02.87.18.19.75 oppure in modalità cartacea al seguente indirizzo:

MyAssistance S.r.l.
Via Raimondo Montecuccoli, 20/1 - 20147 Milano

3. Regime Misto

Vale quanto normato ai precedenti punti 1 per l'attivazione del Pagamento diretto con la Struttura Convenzionata e 2 per la richiesta di Rimborso delle spese sostenute presso Strutture non Convenzionate.

- Pagamento dei Sinistri a Rimborso

MyAssistance, ricevuta tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza, comunica alla Società il benessere al pagamento e quest'ultima si impegna ad effettuare il Rimborso delle spese entro 30 giorni dalla data di ricevimento del benessere.