



GENERALI
Assicurazioni Generali S.p.A.

Contraente:

Polizza n°:

**“6 IN SALUTE – ALTA PROTEZIONE”
COMFORT**

SEI IN SALUTE
ALTA PROTEZIONE

DIREZIONE INDUSTRIALE DANNI

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

“6 IN SALUTE – ALTA PROTEZIONE” COMFORT

1. DEFINIZIONI

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

Assicurato

La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.

Centrale Operativa Medica

La struttura in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00 esclusi i festivi, costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite dal contratto.

Contraente

La persona che stipula il contratto di assicurazione.

Day hospital

La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.

Franchigia

Per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.

Per le garanzie che prevedono una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.

Grande Intervento Chirurgico

Ogni intervento chirurgico contenuto nell'elenco di cui al capitolo 6.



Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Istituto di cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.
Lettera di impegno	<i>Il documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e Struttura Medica Convenzionata in relazione al ricovero o l'intervento chirurgico e con riferimento alle condizioni di assicurazione; tale documento deve essere sottoscritto dall'Assicurato all'accettazione presso la Struttura Medica Convenzionata.</i>
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia oncologica	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Non fumatore	L'Assicurato che: <ul style="list-style-type: none">• non ha fatto uso neanche sporadico di tabacco negli ultimi due anni;• negli ultimi cinque anni non ha dovuto smettere di fumare per motivi di salute su indicazione medica.
Nucleo familiare	L'intero insieme delle persone risultanti dal certificato di stato di famiglia per le quali la Società è disposta a prestare l'assicurazione.
Pagamento a rimborso	La liquidazione a rimborso che la Società effettua per le spese sostenute in via anticipata dall'Assicurato per prestazioni indennizzabili a termini di contratto.
Pagamento diretto	Il servizio di liquidazione che la Società, in nome e per conto dell'Assicurato, effettua nei confronti della Struttura Medica Convenzionata per le spese relative ricoveri o interventi chirurgici indennizzabili a termini di contratto .
Pagamento misto	La liquidazione che la Società, in parte in forma di pagamento diretto alle Strutture Mediche Convenzionate ed in parte in forma di pagamento a rimborso per le prestazioni erogate da medici non convenzionati, effettua per le spese relative a prestazioni indennizzabili a termini di contratto.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Assicurazioni Generali S.p.A.
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.
6 IN SALUTE Card	Documento che consente all'Assicurato di accedere, previa autorizzazione della Centrale Operativa Medica, alle Strutture Mediche Convenzionate per usufruire del pagamento diretto.

2. NORME COMUNI

Art. 2.1

Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione

Fermi i termini di aspettativa di cui all'art. 4.4, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. In ogni caso il servizio di pagamento diretto di cui all'art. 5.2 resterà sospeso dalle ore 24 del giorno di scadenza fino alle ore 24 del giorno di pagamento fermo quanto previsto al successivo periodo.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui all'art. 4.4 vengono computati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

I premi o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

Art. 2.2

Durata

L'assicurazione, fatto salvo quanto previsto in materia dalle norme di legge, è operante

dell'assicurazione per il periodo di validità contrattualmente stabilito.

Art. 2.3

Proroga dell'assicurazione – Aggiornamento del premio

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con preavviso di almeno 60 giorni prima della data di scadenza, il contratto- sempreché stipulato almeno per un anno - è prorogato per una durata pari ad un anno e così successivamente.

Essendo la tariffa del presente contratto basata sull'età dell'Assicurato, in occasione della scadenza contrattuale della polizza e di ciascuna successiva proroga, è previsto l'aggiornamento del premio in ragione della maggiore età raggiunta da ciascun Assicurato. Tale aggiornamento è predeterminato nella vigente tariffa in un aumento forfetario del 3% da applicarsi all'ultimo premio antecedente ciascuna proroga annuale ferma la successiva applicazione dell'art. 2.8 Indicizzazione.

A tale aggiornamento non è soggetto il premio dell'assicurazione Assistenza.

Art. 2.4

Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Società stessa.

Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 2.5

Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti che costituiscono parte integrante del contratto.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 2.6

Dichiarazione di stato di non fumatore

Premesso che la presente assicurazione malattie si basa su di una tariffa che prevede premi inferiori per i non fumatori, nel caso il Contraente o l'Assicurato in sede contrattuale abbia dichiarato uno stato di non fumatore, ai sensi del precedente

articolo, per dichiarazioni inesatte e reticenti all'atto della stipulazione ovvero per mancata comunicazione dell'aggravamento del rischio per venir meno dello stato di non fumatore, il pagamento del danno è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

Art. 2.7

Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di contratto e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto delle prestazioni le Parti possono recedere dall'assicurazione.

In caso di recesso esercitato dalla Società questo avrà effetto dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa in corso ovvero, qualora sia comunicato meno di 30 giorni prima di tale data, il recesso stesso avrà effetto trascorsi 30 giorni dal ricevimento della raccomandata.

In caso di recesso esercitato dal Contraente, questo potrà avere effetto, a sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata. In tale caso la Società rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta già pagata, relativa al periodo di rischio non corso.

La Società rinuncia a tale facoltà di recesso decorso un anno dalla data di stipulazione del contratto di assicurazione.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia di sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

Art. 2.8

Indicizzazione

Le somme assicurate, il premio, le franchigie, i minimi ed i massimi di scoperto ed i limiti di indennizzo espressi in misura fissa sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell' "Indice generale nazionale ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati" (indice costo della vita).

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice del mese di agosto dell'anno precedente quello di stipulazione del contratto con quello del mese di agosto successivo.

Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione. Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni.

In caso di ritardata pubblicazione dell'indice verrà fatto riferimento all'ultimo indice mensile conosciuto dell'anno precedente. Qualora l'ISTAT modifichi la composizione ed i parametri del suddetto indice, l'adeguamento verrà calcolato in base alla variazione percentuale relativa al nuovo indice così risultante.

Non sono soggette ad indicizzazione le garanzie ed i premi Assistenza.

Art. 2.9

Variazioni nell'elenco delle Strutture

L'elenco delle Strutture Mediche Convenzionate con la Centrale Operativa Medica può essere soggetto a variazioni in conseguenza dell'entrata o dell'uscita di alcune strutture

**Mediche
Convenzionate**

dalle convenzioni.

Per conoscere l'elenco aggiornato l'Assicurato potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa Medica oppure rivolgersi all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

Art. 2.10**Oneri**

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 2.11**Rinvio alla legge**

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.

3. GARANZIE**Art. 3.1****Spese
ospedaliere e
chirurgiche**

La presente assicurazione opera, fino a concorrenza della somma assicurata indicata in polizza, in caso di:

- **interventi chirurgici** effettuati in regime di ricovero in istituto di cura, day hospital o ambulatorio medico, resi necessari da malattia od infortunio;
- **ricoveri in istituto di cura senza intervento chirurgico** resi necessari da malattia o infortunio;

per l'indennizzo delle spese necessarie per:

- a) gli onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- b) l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il day hospital o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico;
- c) le rette di degenza;
- d) esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- e) esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici (compresa agopuntura purché effettuata da medico) o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 150 giorni successivi alla data dell'intervento o di dimissione, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni. Per i trattamenti fisioterapici o rieducativi a seguito di ictus cerebrale, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica e morbo di Parkinson) il predetto

- termine viene elevato ai 240 giorni successivi alla data di dimissione;
- f) l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio nei 45 giorni successivi alla data di dimissione, *fino alla concorrenza del limite di euro 4.000,00*;
- g) trasporto dell'Assicurato, con idoneo mezzo di trasporto sanitario (compreso aereo o elicottero sanitario) all'istituto di cura, da un istituto di cura all'altro e per il ritorno a casa, *il tutto fino ad un massimo di euro 5.000,00 per intervento o ricovero*.

Art. 3.2

Maternità e cure del neonato

La Società tiene indenne l'Assicurata in caso di ricoveri in istituto di cura per parto con o senza taglio cesareo delle spese necessarie per:

- a) gli onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- b) l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;
- c) le rette di degenza;
- d) il trasporto dell'Assicurata in autoambulanza all'istituto di cura e per il ritorno a casa.

La suddetta garanzia opera anche in caso di parto avvenuto a domicilio dell'Assicurata per le spese sopraindicate sostenute nel giorno del parto e nei primi 5 giorni successivi. Oltre a quanto sopra riportato, in caso di parto con taglio cesareo, la Società rimborsa inoltre le spese rese necessarie per:

- e) esami e visite specialistiche, medicine, altre prestazioni mediche ed infermieristiche, effettuati nei 120 giorni successivi alla data di dimissioni dal ricovero, purché direttamente inerenti al parto che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

*Le spese per il parto senza taglio cesareo e per il parto con taglio cesareo successivo al primo (accaduto o meno in vigenza di polizza) sono indennizzate **fino a concorrenza della somma di euro 4.000,00**.*

In qualsiasi caso di parto dell'Assicurata la stessa è tenuta indenne, fino a concorrenza della somma assicurata per le "Spese ospedaliere e chirurgiche", delle spese necessarie per cure ed interventi relativi all'eliminazione o correzione di malformazioni congenite del neonato nei primi 180 giorni di vita.

Art. 3.3

Malattie oncologiche

In caso di diagnosi di malattia oncologica la Società tiene indenne l'Assicurato, oltre a quanto previsto dall'art. 3.1, delle spese rese necessarie dalla malattia per:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche precedenti la diagnosi della malattia, anche in assenza di ricovero;
- visite specialistiche e terapie oncologiche non chirurgiche (radianti e chemioterapiche) rese necessarie dalla malattia, sostenute entro i 2 anni dall'ultima dimissione ospedaliera avvenuta comunque in vigenza di polizza.

Inoltre, relativamente all'assistenza infermieristica professionale successiva alla dimissione il limite previsto dall'art. 3.1 si intende elevato a euro 6.000,00 ed il periodo a 60 giorni dopo la dimissione stessa.

Art. 3.4

Estensione per cure dentarie a seguito di infortunio

La Società tiene indenne l'Assicurato delle spese sostenute a seguito di infortunio che comporti la necessità di cure dentarie ricostruttive. La garanzia comprende le applicazioni protesiche di singoli o multipli elementi dentari ed è *operante fino a concorrenza della somma di euro 2.500,00 per persona ed anno assicurativo con applicazione di uno scoperto pari al 20% delle spese sostenute.*

Ai fini dell'operatività della garanzia è richiesta la certificazione rilasciata dal centro di Pronto Soccorso - od analogo struttura ospedaliera legalmente riconosciuta - cui si sia fatto immediato ricorso, comprovante l'arvenuto infortunio ed il trauma dentario.

Art. 3.5**Trapianti**

Nel caso l'Assicurato necessiti, in conseguenza di malattia od infortunio, di essere sottoposto a trapianto, la Società tiene indenne l'Assicurato, fino a concorrenza della somma assicurata, delle spese necessarie per il trapianto di organi, o parti di essi, nonché delle spese sostenute anche per l'eventuale ricovero del donatore vivente; tale garanzia opera negli stessi termini previsti all'art. 3.1.

Art. 3.6**Accompagnatore**

Nel caso l'Assicurato, ricoverato in istituto di cura, necessiti dell'assistenza di un accompagnatore la Società tiene indenne l'Assicurato delle spese necessarie per il vitto ed il pernottamento in istituto di cura, od in struttura alberghiera ove sia comprovata la non disponibilità ospedaliera, dell'accompagnatore.

La garanzia opera fino ad un massimo di euro 150,00 giornalieri, per un periodo non superiore a 100 giorni per annualità assicurativa; le spese di viaggio sostenute dall'accompagnatore e comprovate da documentazione giustificativa verranno rimborsate fino a concorrenza della somma di euro 2.500,00 per annualità assicurativa.

Art. 3.7**Indennità sostitutiva**

Qualora non risultino spese a carico dell'Assicurato in quanto i costi relativi al periodo di ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale - ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute durante il ricovero - l'Assicurato avrà diritto ad un indennizzo di euro 150,00 per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione. L'indennità verrà corrisposta, anche in caso di intervento chirurgico in regime di Day Hospital, per ogni giorno di degenza nella misura del 50% dell'importo sopra indicato.

Le eventuali spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di ricovero - lettere d), e), f) e g) dell'art. 3.1 e lettere d) ed e) dell'art. 3.2 - saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di polizza.

L'indennità viene corrisposta fino ad un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa.

Art. 3.8**Anticipo indennizzi**

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a istituti di cura e/o medici non convenzionati, è facoltà dell'Assicurato richiedere alla Società un anticipo

sull'ammontare di spese complessivamente preventivate dall'istituto di cura per le prestazioni indennizzabili a termini di polizza.

La Società anticiperà all'Assicurato la somma:

- a condizione che il preventivo di spesa formulato dall'istituto di cura sia di almeno euro 15.000,00;
- entro il limite del 50% della somma assicurata e con il massimo di euro 50.000,00;
- a condizione che non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità a termini di polizza delle spese di ricovero.

In caso di convenzionamento "misto" l'anticipo potrà essere richiesto limitatamente agli importi di spesa relativi agli onorari dei medici non convenzionati. *In tal caso nel preventivo da presentare secondo le modalità descritte al successivo art. 5.5 dovrà essere evidenziato l'importo relativo all'équipe medico chirurgica e l'anticipo non potrà superare tale importo.*

Art. 3.9

Somma assicurata

La somma assicurata indicata in polizza deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata. Tale somma deve intendersi triplicata al valore indicato in polizza in caso di Grande Intervento Chirurgico e Malattia oncologica.

Art. 3.10

Rimborso spese extraricovero

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione, fino alla concorrenza della somma assicurata di euro 5.000,00, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata:

- | | |
|--|---|
| - Amniocentesi | - Isterosalpingografia |
| - Angiografia | - Holter |
| - Arteriografia | - Laserterapia |
| - Cateterismo cardiaco | - Mielografia |
| - Cistografia | - Mineralogia Osea Computerizzata (MOC) |
| - Coronoarografia | - Radioterapia |
| - Clisma opaco | - Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) |
| - Colecistografia | - Scintigrafia |
| - Coronarografia | - Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) |
| - Doppler (eco-color-doppler, eco-doppler) | - Tomografia ad emissione di positroni (PET) |
| - Ecocardiografia | - Tomoscintigrafia ad emissione di fotone singolo (SPET) |
| - Elettromiografia | - Urografia |
| - Endoscopia (broncoscopia, colonscopia, rettoscopia, ecc.) | |
| - Esame urodinamico completo | |
| - Fluorangiografia oculare | |

La Società rimborsa le spese sostenute per tali prestazioni previa applicazione di uno scoperto del 25% per ogni spesa effettivamente sostenuta. Tale scoperto non viene applicato nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

Art. 3.11

Limiti di indennizzo

Qualora l'Assicurato non usufruisca del servizio di pagamento diretto di cui all'art. 5.2, la Società per ciascun evento indennizza le spese con i seguenti limiti:

- *per le rette di degenza – lettere c) artt. 3.1 e 3.2 - fino a concorrenza della somma di euro 250,00 giornalieri;*
- *per i soli ricoveri senza intervento chirurgico, le spese sostenute nei 100 giorni precedenti il ricovero - lettera d) art. 3.1 - sono rimborsate con il limite del 20% delle spese complessivamente sostenute durante il ricovero stesso;*
- *per i ricoveri dovuti ad appendiciti, varici ed emorroidi, fino a concorrenza della somma di euro 6.000,00;*
- *per i ricoveri dovuti ad adenoiditi e tonsilliti, fino a concorrenza della somma di euro 4.000,00.*

I predetti limiti non sono ovviamente operanti nel caso venga corrisposta l'indennità giornaliera sostitutiva di cui all'art. 3.7.

4. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 4.1

Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 4.2

Persone non assicurabili

Premesso che qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV comunque non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto l'assicurazione viene a cessare – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Società di corrispondere l'indennizzo. In questo caso la Società rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio.

Art. 4.3

Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- a) *gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;*
- b) *gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;*
- c) *gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;*
- d) *le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;*
- e) *gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;*
- f) *le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;*
- g) *le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);*
- h) *le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;*
- i) *le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- j) *l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;*
- k) *le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;*
- l) *le prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;*
- m) *le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesi e di implantologia, fatto salvo quanto previsto all'art. 3.4;*
- n) *le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- o) *le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;*
- p) *le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.*

Art. 4.4

Termini di aspettativa

Dal giorno di effetto del contratto, la garanzia decorre dalle ore 24:

- a) *dello stesso giorno per gli infortuni e l'aborto post-traumatico;*
- b) *del trentesimo giorno successivo per le malattie e l'aborto spontaneo;*
- c) *del trecentesimo giorno successivo per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, la garanzia decorre dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto del contratto, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo tale data;*
- d) *del novantesimo giorno successivo per l'aborto terapeutico;*
- e) *del centottantesimo giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la*

conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate alla Società.

Qualora questo contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto questo contratto, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso di questo contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme assicurate e le diverse prestazioni previste.

5. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1

Cosa fare in caso di sinistro

L'Assicurato che debba essere ricoverato o sostenere un intervento chirurgico potrà avvalersi delle seguenti opzioni:

- **usufruire del pagamento diretto delle spese di ricovero o di intervento** a norma dell'art. 5.2. attivando preventivamente la **Centrale Operativa Medica** che effettuerà la prenotazione della Struttura Medica Convenzionata;
- **richiedere il pagamento a rimborso delle spese anticipate** all'istituto di cura e/o al medico non convenzionato a norma dell'art. 5.3;
- **ricorrere agli istituti di cura del Servizio Sanitario Nazionale** o a strutture con questo convenzionate o accreditate ottenendo la **corresponsione dell'indennità sostitutiva** a norma dell'art. 5.4.

In ogni caso per le spese diverse da quelle sostenute durante il ricovero o l'intervento chirurgico e per quelle relative alla garanzia "Rimborso spese extraricovero", l'Assicurato, *provveduto personalmente al pagamento, ne richiederà il rimborso in base a quanto rispettivamente previsto dagli artt. 5.3 e 5.6.*

Art. 5.2

Modalità di pagamento: il pagamento diretto

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a Strutture Mediche Convenzionate, la Società provvede al pagamento diretto delle spese relative all'assistenza ricevuta dall'Assicurato durante il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico o dell'eventuale l'eccedenza di spesa rispetto quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Per usufruire del pagamento diretto delle spese di cui agli artt. 3.1, 3.2 e 3.4, senza pertanto anticipare alcuna somma, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa Medica (in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00 esclusi i festivi) telefonando

dall'Italia al numero 800 ____ ____

dall'estero al numero +39 _____

fornendo i seguenti dati:

- *numero di polizza;*
- *nome e cognome dell'Assicurato che richiede il servizio;*
- *causale del ricovero o dell'intervento chirurgico risultante dalla prescrizione del*

medico curante comprensiva della diagnosi circostanziata (tale documentazione dovrà essere inviata alla Centrale Operativa Medica);

- *luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.*

La Centrale Operativa Medica, ottenute le informazioni necessarie per la verifica del diritto alla prestazione, provvede all'individuazione della Struttura Medica Convenzionata in accordo con l'Assicurato ed alla conferma allo stesso dell'avvenuta prenotazione della prestazione nonché dell'operatività del pagamento diretto.

All'accettazione presso la Struttura Medica Convenzionata sarà sufficiente che l'Assicurato presenti la Valore Salute Plus Card e *compili la Lettera di impegno*. La Centrale Operativa Medica in seguito pagherà direttamente alla Struttura Medica Convenzionata le spese garantite a termini di contratto in luogo dell'Assicurato, *fatta salva l'eventuale franchigia che resterà a carico dell'Assicurato stesso*.

Resta inteso che il pagamento diretto non sarà comunque possibile nei seguenti casi:

- a) quando non sia stato confermato il pagamento diretto dalla Centrale Operativa Medica;*
- b) quando le spese siano relative a ricoveri o interventi chirurgici diversi da quelli per cui sia stato confermato il pagamento diretto da parte della Centrale Operativa Medica;*
- c) quando i ricoveri o gli interventi chirurgici non siano effettuati in Strutture Mediche Convenzionate o, sebbene all'interno di queste ultime, le prestazioni siano erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa Medica; in quest'ultimo caso la liquidazione avverrà con il pagamento misto che prevede il pagamento diretto per le sole spese inerenti i costi delle Strutture Mediche Convenzionate ed il pagamento a rimborso per quelle relative alle prestazioni erogate dai medici non convenzionati.*

Nei predetti casi la liquidazione di quanto dovuto a termini di contratto avverrà con il pagamento a rimborso in base alle norme di cui al successivo art. 5.3.

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

Art. 5.3

Modalità di pagamento: il pagamento a rimborso

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a istituti di cura e/o medici non convenzionati, la Società provvede a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute durante il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico ed indennizzabili a termini di contratto fermi i limiti di indennizzo previsti all'art. 3.11.

In caso di ricovero o intervento chirurgico effettuato presso Strutture Mediche Convenzionate ma con prestazioni erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa Medica, la liquidazione avviene in forma di pagamento misto e la Società provvede a rimborsare all'Assicurato le spese anticipate ai medici non convenzionati fermo il pagamento diretto per le spese inerenti i costi delle Strutture Mediche Convenzionate.

La Società provvede inoltre a rimborsare all'Assicurato le spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico e previste agli artt. 3.1, 3.2 e 3.4.

Il rimborso delle spese, debitamente documentate, avverrà solo a dimissione avvenuta e presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, fatta salva l'eventuale franchigia.

Art. 5.4

Modalità di

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a istituti di cura del Servizio Sanitario

**pagamento:
l'indennità
sostitutiva**

Nazionale o a strutture con questo convenzionate o accreditate – ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute durante il ricovero – la Società corrisponde l'indennità sostitutiva di cui all'art. 3.7 previa *presentazione a dimissione avvenuta della certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e ragioni del ricovero.*

In tale caso la Società inoltre rimborserà le spese sostenute:

- nei 100 giorni precedenti l'intervento o il ricovero e rimborsabili a termini della lettera d) dell'art. 3.1;
- nei 150 o 120 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni dal ricovero e rimborsabili a termini delle lettere e) degli artt. 3.1 e 3.2;
- per l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio e rimborsabili a termini della lettera f) dell'art. 3.1;
- per il trasporto dell'Assicurato e rimborsabili a termini degli artt. 3.1 lettera g) e 3.2 lettera d).

Il rimborso delle predette spese, debitamente documentate, avverrà solo a cura ultimata e presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

Art. 5.5**Modalità di
pagamento:
l'anticipo
indennizzi**

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di richiedere l'anticipo indennizzi previsto a termini dell'art. 3.8, la Società anticiperà all'Assicurato stesso la somma occorrente a condizione che:

- *sia presentata idonea certificazione rilasciata dall'istituto di cura attestante il preventivo di spesa relativo alle prestazioni oggetto del ricovero;*
- *l'Assicurato indichi la presunta data del ricovero che non può essere oltre il 30° giorno dalla data della richiesta dell'anticipo. Trascorso tale periodo la Società avrà diritto di richiedere la restituzione di detto anticipo in caso di verificato mancato ricovero.*

La Società avrà comunque diritto di richiedere la restituzione dell'anticipo in ogni caso di accertata non indennizzabilità, a termini di polizza, delle spese di ricovero.

Art. 5.6**Modalità di
pagamento: le
spese
Extraricovero**

La Società riconosce il rimborso delle spese indennizzabili a termini dell'art. 3.10 nella misura del 75% (scoperto 25%) per ogni spesa effettivamente sostenuta.

Qualora l'Assicurato richieda il rimborso dei soli ticket, in quanto sia ricorso a strutture convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, la Società riconoscerà il rimborso integrale delle spese a tale titolo sostenute senza applicazione dello scoperto sopra indicato.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica. Tutte le spese devono essere debitamente documentate, presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

Art. 5.7**Documentazione
fiscale –
Rimborso da
terzi**

La Società restituisce all'Assicurato le fatture, notule e distinte relative ai pagamenti effettuati, intendendosi per tali anche quelli effettuati a Struttura Medica Convenzionata in luogo dell'Assicurato stesso.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute

per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, *al netto di quanto a carico dei predetti terzi*.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Art. 5.8

Franchigia

Se indicata in polizza la garanzia opera previa applicazione della franchigia pattuita.

In caso di operatività del servizio di pagamento diretto la Società tiene indenne l'Assicurato solo per la parte di spese che eccedono l'importo della franchigia indicata.

Qualora siano operanti sia lo scoperto che la franchigia, in caso di sinistro la Società indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.

In caso di pagamento dell'indennità sostitutiva, la franchigia in somma è sostituita da una franchigia di 5 giorni; l'indennità viene pertanto corrisposta a partire dal 6° giorno di ricovero.

Si precisa che ai fini dell'applicazione della franchigia:

- le spese indennizzabili a termini di contratto sono considerate complessivamente per ricovero o intervento chirurgico e pertanto la franchigia andrà detratta dall'importo totale che sarebbe spettato in assenza della franchigia stessa;
- i ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico od in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza la franchigia andrà applicata una sola volta;
- le spese indennizzabili a termini dell'art. 3.3 Malattie oncologiche, relative alla stessa malattia, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza la franchigia andrà applicata una sola volta.

La franchigia è operante per tutte le garanzie di cui al capitolo 3 fatta eccezione per l'art. 3.10 "Rimborso spese extraricovero".

Art. 5.9

Controversie – Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da

redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 5.10

Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro indennizzabile a termini di contratto, l'Assicurato od i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed alle indagini necessarie per la determinazione del diritto all'indennizzo;*
- 2) fornire alla Centrale Operativa Medica od alle Strutture Mediche Convenzionate ogni informazione necessaria per la verifica del diritto alle prestazioni previste dal contratto;*
- 3) nel caso non ricorrano i termini per il pagamento diretto da parte della Centrale Operativa Medica, presentare non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa.*

L'inadempimento ai suddetti obblighi può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 5.11

Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, di cui all'art. 1916 del Codice Civile, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio o della malattia.

6. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Collo

- Linfektomia cervicale bilaterale
- Tiroidectomia: totale o allargata per neoplasia maligna
- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Interventi sulle paratiroiditi
- Intervento per diverticolo dell'esofago
- Resezione dell'esofago cervicale

Addome (parete addominale)

- Laparotomia esplorativa per occlusione con o senza resezione
- Laparotomia esplorativa con sutura viscerale
- Laparotomia per drenaggio di peritoniti
- Intervento per ernie diaframmatiche o per ernie rare (ischiatriche, otturatorie, ecc.)

Peritoneo

- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

Esofago

- Interventi per patologia benigna o maligna dell'esofago toracico
- Interventi con esofagoplastica

Stomaco – Duodeno

- Gastro enterostomia
- Resezione gastrica
- Gastroectomia totale o gastroectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica
- Vagotomia

Intestino

- Enterostomia, ano artificiale e chiusura
- Enteroanastomosi
- Colectomie parziali e colectomia totale

Retto - Ano

- Interventi per neoplasie per retto – ano anche per via addominoperineale
- Prolasso del retto
- Operazione per megacolon
- Proctocolectomia totale

Fegato

- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi
- Resezioni epatiche
- Esplorazione chirurgica delle vie biliari
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale

Pancreas Milza

- Interventi per pancreatite acuta e cronica, cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche e neoplasie pancreatiche
- Splenectomia

Torace - Parete Toracica

- Interventi per tumori maligni della mammella

- Resezione costali
- Correzioni di malformazioni parietali
- Trattamento di traumi parietali

Mediastino

- Interventi per ascessi e per tumori

Polmoni

- Interventi per ferite del polmone, ascessi, fistole bronchiali e per echinococco
- Resezione segmentaria e lobectomia
- Pneumectomia
- Broncoscopia operativa
- Tumori della trachea

Cardiochirurgia

- Interventi a cuore chiuso, a cuore aperto per difetti singoli non complicati e per difetti complessi o complicati
- Tutti gli interventi neonatali a cuore aperto con ipotermia profonda e arresto circolatorio
- Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso
- Fistole arterovenose polmonari
- Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

Neurochirurgia

- Trapanazione cranica per puntura o drenaggio ventricolare
- Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche
- Intervento per encefalomeningocele
- Intervento per craniostenosi
- Asportazioni tumori ossei della volta cranica
- Interventi per traumi cranio cerebrali
- Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale o di ematoma epidurale
- Trapanazione per evacuazione di ematoma epidurale e sub-durale
- Rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- Anastomosi endocranica dei nervi cranici
- Trattamento percutaneo della nevralgia del trigemino e di altri nervi cranici
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc.)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazione vascolari intracraniche
- Psicochirurgia
- Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica
- Intervento per epilessia focale e callosotomia
- Emisferectomia

- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici anche con interposizione di innesto
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario
- Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazione tumorali ripetitive)
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, ecc.)
- Interventi per traumi vertebro-midollari anche con stabilizzazione chirurgica
- Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore, per via laterale o transtoracica
- Asportazione di ernia del disco lombare
- Spondilolistesi
- Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, ecc)
- Cordotomia e mielotomia percutanea
- Cordotomia e mielotomia percutanea
- Applicazione di elettrodi o cateteri endorachidei per trattamento del dolore o altro
- Stabilizzazione di elettrodi o cateteri endorachidei e applicazione stimolatori o reservoir a permanenza

Nervi periferici

- Asportazione tumori dei nervi periferici
- Anastomosi extracranica di nervi cranici
- Interventi sui nervi periferici per neurorrafie, neurolisi, neurotomie, nevrectomie, decompressive
- Interventi sul plesso brachiale

Chirurgia vascolare

- Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale
- Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei seguenti vasi arteriosi (carotidi, vertebrali, succlavia, tronco branchio-cefalico, iliache)
- Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo
- Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale
- Lobolectomia e troabectomia arteriosa per arto
- Interventi per stenosi ed ostruzione della carotide extracranica, succlavia e arteria anonima
- Disostruzione e by-pass arterie periferiche; disostruzione e by-pass aorto-addominale
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca
- Troabectomia venosa periferica: iliaca, cava
- Legatura vena cava inferiore
- Resezione arteriosa con plastica vasale
- Interventi per innesti di vasi
- Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale
- Interventi sul sistema nervoso simpatico: simpaticectomia cervico toracica, simpaticectomia lombare

Chirurgia pediatrica

- Cranio bifido: con meningocele o con meningoencefalocele
- Craniostenosi
- Idrocefalo ipersecretivo
- Torcicollo miogeno congenito con apparecchio gessato
- Linfangioma cistico del collo
- Neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica
- Osteotomia derotativa per paralisi ostetrica
- 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
- Stenosi congenita del piloro
- Occlusione intestinale del neonato: malrotazione bande congenite, volvolo; atresie necessità di anastomosi; ileo meconiale ileostomia semplice, resezione secondo Mickulicz, resezione con anastomosi primitiva
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale; operazione perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Prolasso del retto: operazione addominale
- Teratoma sacrococcigeo
- Megaurettere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Spina bifida: Meningocele; mielomeningocele
- Megacolon: colostomia; resezione anteriore; operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Esonfalo
- Fistole e cisti dell'ombelico: del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

Ortopedia e Traumatologia

- Amputazioni grandi segmenti
- Pseudoartrosi grandi segmenti
- Trattamento delle pseudoartrosi con la tecnica della compressione-distrazione
- Interventi per costola cervicale
- Scapulopessi
- Asportazione di tumori ossei
- Trapianti ossei e protesi articolari dell'anca, spalla e ginocchio
- Trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni
- Biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- Laminectomia decompressiva per neoplasie (senza sintesi)
- Disarticolazioni: grande
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto

- Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
- Resezioni del radio distale: artrodesizzanti (trapianto o cemento); con trapianto articolare perone-pro-radio
- Emipelvectomy ed emipelvectomy "interne" secondo Enneking con salvataggio dell'arto
- Resezione artrodiafisarie del ginocchio: artrodesizzanti (trapianto o cemento più infibulo femore-tibiale); sostituzioni con protesi modulari o "custom-made"
- Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento
- Artrodesi grandi (spalla, anca, ginocchio)
- Emiartroplastica
- Vertebrotonomia
- Discectomia per via anteriore: per ernia cervicale; per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Osteosintesi vertebrale
- Artrodesi per via anteriore
- Sindesmotomia
- Pollicizzazione del 2° o altro dito (per tempo operatorio)

Urologia

- Decapsulazione
- Nefropessi
- Lobotomia; lobotomia per biopsia chirurgica e lobotomia per ascessi pararenali
- Nefrectomia: semplice, parziale, allargata per tumore, allargata per tumore con embolectomia
- Resezione renale con clampaggio vascolare
- Nefroureterectomia totale
- Pieloureteroplastica (tecniche nuove)
- Surrenalectomia
- Ureterocistoneostomia: con plastica di riduzione dell'uretere; con psoizzazione vescicale
- Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale
- Emitrignectomia
- Ileo bladder
- Cistoprostatovesicolectomia: con ureterosigmoidostomia; con neovescica rettale, con ileo bladder, con ureteroileoanastomosi
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Riparazione di fistola vescico intestinale
- Riparazione fistole vescico vaginali
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Linfadenectomia locoregionale di staging per ca. prostatico
- Prostatectomia radicale extraponeurotica nerve sparing
- Riparazione distole scrotali o inguinali
- Linfadenectomia retroperineale bilaterale per neoplasia testicolari

Nefrologia

- Fav: impianto di materiale protesico

Ginecologia

- Isterectomia totale per via laparotomica con o senza annessiectomia (presente)
- Metroplastica per via laparotomica
- Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero
- Salpingoplastica
- Vulvectomia radicale
- Riparazione chirurgica di fistola: ureterale, vescico-vaginale, retto-vaginale
- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Vulvectomia allargata con linfadenectomia
- Intervento radicale per carcinoma ovarico
- Creazione operatoria di vagina artificiale (con utilizzazione del sigma)

Oculistica

- Odontocheratoprosi
- Estrazione di corpo estraneo endobulare non calamitabile
- Vitrectomia
- Cheratomileusi
- Epicheratoplastica
- Operazione di Kroenlein od orbitotomia

Orecchio

- Atresia auris congenita: ricostruzione
- Exeresi di neoplasia del padiglione con svuotamento linfoghiandolare
- Trattamento delle petrositi suppurate
- Apertura di ascesso cerebrale per via transmastoidea
- Timpanoplastica in un solo tempo (curativa e ricostruttiva)
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Interventi per otosclerosi
- Chirurgia del sacco endolinfatico
- Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- Anastomosi e trapianti nervosi
- Sezione del nervo: cocleare, vestibolare
- Neurinoma dell'VIII paio
- Asportazione di tumori dell'orecchio medio
- Idem del temporale
- Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa
- Svuotamento con innesto dermoepidermico
- Legatura della vena giugulare previa mastoidotomia
- Distruzione del labirinto
- Chirurgia della sindrome di Ménière
- Operazione radicale per sinusite frontale (operazione di Ogston-Luc)
- Trattamento chirurgico di mucoccele frontoetmoidale
- Asportazione di tumori maligni del naso e dei seni
- Apertura del seno sfenoidale
- Intervento per fibroma duro rinofaringeo
- Operazione radicale di sinusite mascellare (operazione di Calwell-Luc)
- Chirurgia della fossa pterigomascellare

- Tumori maligni: del cavo orale e faringei con svuotamento latero-cervicale; parafaringei; di altre sedi (tonsille, ecc.)
- Asportazione della parotide

Laringe – Trachea – Bronchi – Esofago

- Laringectomia: parziale, sopraglottica, totale, ricostruttiva
- Laringofaringectomia
- Interventi pre paralisi degli abduuttori
- Cisti della tiroide
- Svuotamento sottomandibolare bilaterale
- Svuotamento laterocervicale: unilaterale, bilaterale
- Chiusura di fistola esofagea
- Plastiche laringotracheali
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Chirurgia Maxillo-Facciale

- Frattura dei mascellari: terapia chirurgica

Trapianti

- Tutti

Pagina lasciata intenzionalmente bianca



PROGRAMMA

PREVENZIONE SANITARIA

DEFINIZIONI SPECIFICHE

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

Centrale Operativa Assistenza

La struttura di Europ Assistance Service S.p.A. – Piazza Trento, 8 – 20135 Milano, costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste dal contratto.

Centrale Operativa Medica

La struttura costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite dal contratto.

Dental-Network

La rete di studi odontoiatrici garantiti da Prima-Dent Italia, società specializzata nella gestione di programmi dentali integrati attraverso i circa 1700 Dentisti convenzionati, presenti su tutto il territorio nazionale.

GARANZIE PRESTATE

Art. 7.1

Programma di prevenzione sanitaria

L'Assicurato di età superiore ai 25 anni potrà beneficiare del programma di prevenzione effettuando le prestazioni sanitarie di check-up successivamente indicate. Il primo check-up sarà erogabile nel corso dell'annualità seguente alla data di decorrenza indicata nell'allegata clausola cod. CU01. I check-up successivi saranno erogabili, con cadenza biennale, nel corso delle annualità di numero pari (quarta, sesta, ecc.) sempre successive alla data di decorrenza indicata.

L'erogazione del check-up avverrà a condizione che risultino pagate le rate di premio antecedenti.

Le prestazioni comprese nel check-up sono le seguenti, differenziate in base al sesso:

DONNA	UOMO
a) Esami di laboratorio:	a) Esami di laboratorio:
<ul style="list-style-type: none">- Azotemia- Bilirubina totale- Colesterolemia- Creatininemia- Emocromo completo con piastrine- Fosfatasi alcalina- Gamma-GT- Glicemia- GOT, GPT- HDL- Protidemia con elettroforesi proteica- Trigliceridemia- Uricemia- VES- TSH, FT3, FT4- Esame urine completo- Ricerca sangue occulto fecale	<ul style="list-style-type: none">- Azotemia- Bilirubina totale- Colesterolemia- Creatininemia- Emocromo completo con piastrine- Fosfatasi alcalina- Gamma-GT- Glicemia- GOT, GPT- HDL- Protidemia con elettroforesi proteica- Trigliceridemia- Uricemia- VES- PSA, PSA free, PAP- Esame urine completo- Ricerca sangue occulto fecale
b) Visite specialistiche con esami ambulatoriali:	b) Visite specialistiche con esami ambulatoriali:
<ul style="list-style-type: none">- Visita cardiologica con elettrocardiogramma anche sotto sforzo o in alternativa con ecocardiogramma- Visita ginecologica con esame pap-test	<ul style="list-style-type: none">- Visita cardiologica con elettrocardiogramma anche sotto sforzo o in alternativa con ecocardiogramma- Visita urologica

Art. 7.2

Prevenzione odontoiatrica in Dental-Network

L'Assicurato di età superiore ai 25 anni potrà effettuare le prestazioni di prevenzione odontoiatrica in Dental-Network successivamente indicate.

Tali prestazioni saranno erogabili nel corso dell'annualità seguente alla data di decorrenza indicata nell'allegata clausola cod. CU01. Le prestazioni successive saranno erogabili, con cadenza biennale, nel corso delle annualità di numero pari (quarta, sesta, ecc.) sempre successive alla data di decorrenza indicata.

L'erogazione delle prestazioni avverrà a condizione che risultino pagate le rate di premio antecedenti.

Le prestazioni comprese nella prevenzione odontoiatrica in Dental-Network sono le seguenti:

- Ablazione del tartaro
- Visita odontoiatrica di controllo.

Art. 7.3

Prevenzione & benessere on line

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

L'Assicurato potrà telefonare alla Centrale Operativa Assistenza per richiedere, in seguito ad apposita intervista telefonica, le seguenti informazioni:

- individuazione di un programma personalizzato di controlli e screening sanitari periodici;
- indicazione dei principali danni provocati dal tabagismo ed eventuale individuazione del programma terapeutico per la disassuefazione dal fumo più idoneo per l'Assicurato;
- determinazione della fascia di "peso forma" dell'Assicurato ed eventuale individuazione di un corretto programma nutrizionale con l'ausilio di uno specialista in scienza dell'alimentazione;
- pianificazione dell'attività fisica da integrare nello stile di vita dell'Assicurato, compatibilmente con lo stato di salute dello stesso.

Art. 7.4

Consulenza medica post check-up

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato, dopo aver effettuato degli esami clinici di check-up, necessiti di un consulto medico telefonico per l'interpretazione dei relativi esiti, può mettersi in contatto con i medici della Centrale Operativa Assistenza che lo orienteranno verso un eventuale approfondimento specialistico.

Art. 7.5

Guida alla prevenzione on line

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni riguardanti le prestazioni di medicina preventiva presso il Servizio Sanitario Pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Centrale Operativa Assistenza, la quale:

- individuerà le migliori strutture sanitarie nazionali e internazionali per la medicina preventiva, ed eventuali specializzazioni (prevenzione oncologica, senologica, dermatologica, ginecologica, andrologica, ecc.);
- fornirà informazioni relativamente ai medici specialisti;
- fornirà le informazioni richieste relativamente ai diritti dei vari tipi di assistiti

- (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- indicherà l'ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- fornirà consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti.

Art. 7.6

Network Salute: Ricerca e prenotazione di istituti di cura – centri diagnostici – laboratori di analisi

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)
Qualora l'Assicurato intenda effettuare accertamenti diagnostici, esami di laboratorio o visite specialistiche ai fini della prevenzione sanitaria, potrà telefonare alla Centrale Operativa Assistenza che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito il medico curante, individuerà e prenoterà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato, il centro diagnostico o il laboratorio di analisi ritenuto più idoneo per il caso.

Le prestazioni mediche e sanitarie saranno messe a disposizione dell'Assicurato a condizioni di favore, grazie a convenzioni stipulate con case di cura, centri diagnostici, laboratori di analisi e centri di medicina specialistica.

Art. 7.7

Network Benessere

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)
Qualora l'Assicurato desideri avere informazioni e conoscere le agevolazioni previste presso i seguenti centri convenzionati con la Centrale Operativa Assistenza:

- centri per la disassuefazione dal fumo;
- centri dietologici;
- palestre / fitness;
- beauty-farm, centri termali e centri benessere;
- centri di medicina non convenzionale (ad esempio agopuntura ed omeopatia);

potrà ricevere tutte le informazioni richieste telefonando alla Centrale Operativa Assistenza, la quale, in base alle esigenze dell'Assicurato, fornirà gli indirizzi ed i recapiti dei centri convenzionati e le tariffe applicate alle prestazioni richieste.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 7.8

Modalità di erogazione del programma di prevenzione sanitaria

Per effettuare le prestazioni sanitarie di cui all'art. 7.1 l'Assicurato potrà rivolgersi alla Centrale Operativa Medica – *in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali* – telefonando ai numeri indicati nell'art. 7.11.

Nella richiesta l'Assicurato dovrà comunque indicare:

- a) *nome e cognome;*
- b) *numero di polizza;*
- c) *luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.*

La Centrale Operativa Medica, in accordo con l'Assicurato, si occuperà della prenotazione delle prestazioni sanitarie comunicando la disponibilità presso la Struttura Medica Convenzionata.

La Società s'incaricherà di pagare direttamente alla Struttura Medica Convenzionata le spese relative alle prestazioni sanitarie comprese in garanzia.

La Società e la Centrale Operativa Medica non verranno a conoscenza degli esiti del check-up.

L'Assicurato ha altresì la facoltà di non avvalersi del servizio di prenotazione e di pagamento diretto, effettuando per proprio conto le prestazioni sanitarie presso altre strutture mediche non convenzionate; in tal caso la Società rimborserà le spese sostenute per le prestazioni sanitarie comprese in garanzia, *fino a concorrenza massima di euro 250,00 da intendersi come disponibilità complessiva per ciascun check-up.*

Per il rimborso delle spese sostenute l'Assicurato dovrà inviare le fatture di spesa in originale direttamente alla Società. La richiesta di rimborso dovrà essere effettuata, in un'unica soluzione per ciascun check-up, entro i 60 giorni successivi alla scadenza dell'annualità assicurativa nel corso della quale sono state sostenute le spese indennizzabili.

Qualora gli esami di laboratorio di cui all'art. 7.1 lett. a) vengano effettuati mediante prescrizione del proprio medico curante l'Assicurato avrà diritto al rimborso integrale del ticket; *qualora invece tali accertamenti non vengano effettuati per il tramite del proprio medico curante il rimborso per dette spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 20%.*

Art. 7.9

Modalità di erogazione della prevenzione odontoiatrica in Dental-Network

Per effettuare le prestazioni di prevenzione odontoiatrica di cui all'art. 7.2 l'Assicurato potrà contattare Dental-Network – *dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali* – telefonando ai numeri indicati nell'art. 7.11.

Nella richiesta l'Assicurato dovrà comunque indicare:

- a) nome e cognome;*
- b) numero di polizza;*
- c) luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.*

Dental-Network, in accordo con l'Assicurato, si occuperà della prenotazione delle prestazioni odontoiatriche.

La Società s'incaricherà di pagare direttamente al Dentista convenzionato le spese relative alle prestazioni comprese in garanzia.

Art. 7.10

Modalità per la richiesta di assistenza

Per beneficiare delle prestazioni di assistenza di cui agli artt. 7.3, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7 l'Assicurato potrà rivolgersi alla Centrale Operativa Assistenza – *in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali* – telefonando ai numeri indicati nell'art. 7.11.

Nella richiesta l'Assicurato dovrà comunque indicare:

- a) il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;*
- b) nome e cognome;*
- c) numero di polizza preceduto dalla sigla ;*
- d) indirizzo del luogo in cui si trova;*
- e) il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.*

Art. 7.11

Numeri telefonici

L'Assicurato, per beneficiare delle prestazioni come indicato nei precedenti artt. 7.8, 7.9, 7.10 potrà telefonare ai seguenti numeri *attivi dal lunedì al venerdì dalle ore 9*

alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali:

al numero verde
oppure al numero

L'Assicurato, seguendo le apposite istruzioni telefoniche, dovrà indicare se intende contattare:

- la Centrale Operativa Medica, per beneficiare del programma di prevenzione sanitaria di cui all'art. 7.1;
- Dental-Network, per beneficiare delle prestazioni di prevenzione odontoiatrica di cui all'art. 7.2;
- la Centrale Operativa Assistenza, per beneficiare delle prestazioni di assistenza di cui agli artt. 7.3, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7.