

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Contratto di Assicurazione del Ramo Danni

Rimborso spese sanitarie collettiva da infortunio e malattia

Il presente documento contenente:

- Glossario
- Condizioni di Polizza

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta

Vittoria Assicurazioni

INDICE

Area Riservata

Condizioni di Assicurazione

1 - Glossario **Pag. 7**

2 - Condizioni Generali di Assicurazione **Pag. 11**

3 - Prestazioni **Pag. 14**

Allegato n° 1 “Elenco Interventi Chirurgici Plafonati” **Pag. 31**

Allegato n° 2 “Elenco Grandi Interventi Chirurgici” **Pag. 32**

4 - Denuncia e liquidazione sinistri Servizio Assirecre **Pag. 36**

5 - Precisazioni sulle prestazioni di Assirecre **Pag. 40**

6 - Modalità di pagamento e rimborso **Pag. 41**

7 - Prestazioni Assistenza Servizio Mapfre **Pag. 44**

8 - Opzioni Assicurative **Pag. 54**

9 - Check-up Medico **Pag. 72**

AREA RISERVATA

In ottemperanza al Provvedimento IVASS n° 7 del 16/07/2013, si comunica che sul sito internet dell'Impresa - www.vittoriaassicurazioni.com - è disponibile la sezione "AREA RISERVATA", che consente ad ogni Cliente di consultare la propria posizione assicurativa, registrandosi al Servizio.

Per registrarsi è sufficiente seguire le indicazioni riportate sul sito.

Per ottenere maggiori informazioni sul Servizio o ottenere assistenza sull'utilizzo del sistema è possibile rivolgersi al proprio Intermediario.

TABELLA SCOPERTI, FRANCHIGIE E SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO

Limiti di copertura sezione Malattia

Garanzia o bene colpito da sinistro (se assicurato in base a quanto risulta in polizza)	Riferimento (art.)	Scoperto (per sinistro salvo diversa indicazione)	Franchigia (per sinistro salvo diversa indicazione)	Sottolimite di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)
Ricovero con/senza intervento	3.1	Non Previsto	Non Prevista	Nelle rette di degenze non sono comprese le spese voluttuarie; accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche effettuati nei giorni precedenti il ricovero; limite di € 50 al giorno per massimo di 30 giorni per evento in caso di ricovero senza intervento chirurgico. In caso le prestazioni siano a totale carico del SSN viene corrisposta un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero. Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del SSN, si potrà scegliere tra l'indennità sostitutiva e il rimborso delle spese rimaste a suo carico.
Day Hospital con/senza intervento chirurgico	3.1	Non Previsto	Non Prevista	Nelle rette di degenze non sono comprese le spese voluttuarie; accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche effettuati nei giorni precedenti il ricovero. In caso le prestazioni siano a totale carico del SSN viene corrisposta un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero. Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del SSN, si potrà scegliere tra l'indennità sostitutiva e il rimborso delle spese rimaste a suo carico.
Intervento ambulatoriale	3.1	Non Previsto	Non Prevista	Accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche effettuati nei giorni precedenti l'intervento.
Parto cesareo, parto fisiologica e aborto terapeutico	3.1	Non Previsto	Non Prevista	Nelle rette di degenze non sono comprese le spese voluttuarie; accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche effettuati nei giorni precedenti il ricovero.
Intervento chirurgico odontoiatrico	3.1	Scoperto 20% con un minimo di € 750 per intervento, per gli interventi effettuati non in totale regime di convenzione diretta	Non Prevista	Accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche effettuati nei 30 giorni precedenti il ricovero; spese relative all'intervento e effettuate nei 30 gironi successivi all'intervento vengono rimborsate nel limite massimo di € 5.000

Garanzia o bene colpito da sinistro (se assicurato in base a quanto risulta in polizza)	Riferimento (art.)	Scoperto (per sinistro salvo diversa indicazione)	Franchigia (per sinistro salvo diversa indicazione)	Sottolimite di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)
Miopia	3.1	Non Previsto	Non Prevista	Nelle rette di degenze non sono comprese le spese voluttuarie; accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche effettuati nei giorni precedenti il ricovero
Prestazioni in Pronto Soccorso	3.1	Non Previsto	Non Prevista	Limite di € 1.000 per evento per spese sostenute per prestazioni ambulatoriali a seguito di infortunio che non abbiano comportato ricovero.
Indennità sostitutiva	3.1	Non Previsto	Non Prevista	In caso di prestazioni a carico SSN, oltre ad indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero e per day hospital, vengono rimborsate gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche nei giorni precedenti e nei giorni successivi al termine del ricovero
Rimpatrio salma	3.1	Non Previsto	Non Prevista	Sono escluse le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione
Indennità giornaliera da ricovero	3.1	Non Previsto	In caso di ricovero con degenza diurna (Day Hospital con/senza intervento) l'indennità giornaliera viene dimezzata	In caso di ricovero, viene corrisposta l'indennità giornaliera per ciascun giorno di ricovero
Cure e diagnostica di alta specializzazione, visite specialistiche/accertamenti diagnostici/analisi laboratorio, trattamenti fisioterapici, cure dentarie da infortunio e da malattia, Lenti e occhiali, Ticket SSN, Grandi Interventi Chirurgici	3.1	Non Previsto	Non Prevista	Rimborsate entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta
Prevenzione dentaria	3.1	Non Previsto	Non Prevista	Un componente del nucleo familiare ha diritto una volta all'anno ad un'ablazione dentaria in forma diretta in network odontoiatrico convenzionato

TABELLA SCOPERTI, FRANCHIGIE E SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO

Limiti di copertura Sezione Assistenza

Garanzia o bene colpito da sinistro (se assicurato in base a quanto risulta in polizza)	Riferimento (art.)	Scoperto (per sinistro salvo diversa indicazione)	Franchigia (per sinistro salvo diversa indicazione)	Sottolimite di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)
Trasporto in ambulanza In Italia	7.3	Non Previsto	Non Prevista	La Struttura Organizzativa tiene a proprio carico un importo pari a quello necessario per compiere km 300
Assistenza infermieristica presso istituto di cura	7.3	Non Previsto	Non Prevista	L'Impresa ne assume le spese fino ad un massimo di euro 500 per periodo di copertura assicurativa
Invio medicinali urgenti	7.3	Restano a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali	Non Prevista	Non Previsto
Invio infermiere a domicilio	7.3	Non Previsto	Non Prevista	L'Impresa ne assume le spese fino ad un massimo di euro 500 per periodo di copertura assicurativa
Invio fisioterapista	7.3	Non Previsto	Non Prevista	L'Impresa rimborsa l'importo di euro 300 per periodo di copertura assicurativa qualora l'assicurato si rivolga ad un centro convenzionato, limite ridotto a euro 250 nel caso di centro non convenzionato
Rientro sanitario	7.3	Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che possono essere curate sul posto e le malattie infettive	Non Prevista	Non Previsto
Rientro anticipato	7.3	Non Previsto	Non Prevista	L'Impresa ne assume le spese fino ad un massimo di euro 500 per periodo di copertura assicurativa
Recupero e rimpatrio salma	7.3	Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre	Non Prevista	Massimo di euro 10.000 con sottolimite di euro 2.000 per eventuali spese per recupero salma

Garanzia o bene colpito da sinistro (se assicurato in base a quanto risulta in polizza)	Riferimento (art.)	Scoperto (per sinistro salvo diversa indicazione)	Franchigia (per sinistro salvo diversa indicazione)	Sottolimite di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)
Prolungamento soggiorno all'estero	7.3	Non Previsto	Non Prevista	Massimo 5 giorni successivi alla data stabilita per il rientro fino ad un massimo di euro 100 al giorno. La prestazione è operante quando il sinistro si verifica all'estero.
Rientro altri assicurati	7.3	Non Previsto	Non Prevista	Costo del biglietto fino ad un massimo di euro 500 per assicurato
Assistenza di un interprete	7.3	Non Previsto	Non Prevista	Massimo di 8 ore lavorative per sinistro
Viaggio di un familiare e spese di soggiorno	7.3	Non Previsto	Non Prevista	Spese di pernottamento e prima colazione per un familiare, fino ad un massimo per sinistro di euro 100 per notte per massimo 3 notti
Anticipo spese mediche	7.3	Non Previsto	Non Prevista	Importo massimo di euro 500 per sinistro; l'importo delle fatture pagate non potrà mai superare euro 2.600
Invio di un infermiere per familiare non autosufficiente	7.3	Non Previsto	Non Prevista	L'Impresa ne assume le spese fino ad un massimo di euro 500 per sinistro
Baby sitter per minori	7.3	Non Previsto	Non Prevista	L'Impresa ne assume le spese fino ad un massimo di euro 100 al giorno e per un massimo di 5 giorni per sinistro
Collaboratrice familiare	7.3	Non Previsto	Non Prevista	In caso di ricovero per più di 5 giorni, l'Impresa ne assume le spese fino ad un massimo di euro 100 al giorno e per un massimo di 5 giorni per sinistro
Seconda Opinione Medica	7.3	Non Previsto	Non Prevista	L'Impresa tiene a proprio carico le relative spese sino ad un massimo di euro 500 per periodo di copertura assicurativa

1 - GLOSSARIO

Assirecre: la Società di Servizi che gestisce il servizio di assistenza agli Assicurati e provvede, per conto di Vittoria Assicurazioni , al pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure al rimborso agli Assicurati.
Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.

Assistenza infermieristica: assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione (personale dipendente del Contraente, Soci/Amministratori e, ove previsto, il Nucleo Familiare).

Carenza/Termini di aspettativa: periodo di tempo durante il quale le prestazioni/garanzie non sono efficaci.

Centro medico: struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata a trattamenti di natura estetica, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

Convalescenza: il periodo successivo alla dimissione dall'Istituto di Cura necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi.

Day Hospital con/senza intervento: struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, esclusivamente senza pernottamento, che eroga prestazioni chirurgiche eseguite da medici chirurgi specialisti (Day Hospital con intervento) o terapie mediche (Day Hospital senza intervento) con redazione di cartella clinica. Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Difetto fisico: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Documentazione sanitaria e di spesa: la fotocopia della cartella clinica completa (in caso di ricovero), le prescrizioni ed i referti medici, nonché la documentazione di spesa (originali delle fatture e delle notule, fiscalmente regolari e quietanzati), integrata dalla descrizione dettagliata delle prestazioni sanitarie effettuate ed in garanzia.

Evento:

- Prestazioni Ospedaliere:
  il singolo ricovero, Day Hospital o intervento chirurgico ambulatoriale.
  La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero, Day Hospital o l'intervento chirurgico ambulatoriale.
- Prestazioni Extraospedaliere: tutti gli accertamenti, visite ed esami riguardanti la stessa patologia, prescritti ed inviati contemporaneamente. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Franchigia: l'importo contrattualmente stabilito che rimane a carico dell'Assicurato per ogni sinistro.

Gessatura: l'apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico.
Si considera equiparata a gessatura l'immobilizzazione totale conseguente a frattura radiologicamente accertata del bacino, del femore, dell'anca, delle costole, della colonna vertebrale, frattura cranica, che si considera necessaria per inapplicabilità della gessatura.

Impresa: VITTORIA ASSICURAZIONI S.p.A.

Indennizzo: la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obbiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: tecnica terapeutica cruenta applicata su tessuti viventi mediante l'uso di strumenti operatori o mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intervento chirurgico ambulatoriale: l'intervento di piccola chirurgia non in regime di ricovero, effettuato da medico chirurgo presso Istituto di Cura, Centro Medico o studio medico chirurgico.

Istituto di Cura: Istituto Universitario, Ospedale, Casa di Cura, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri di benessere.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio e oggettivamente riscontrabile.
La gravidanza non è considerata malattia.

Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale: la disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno di copertura. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per nucleo familiare e per anno di copertura.

Nucleo familiare: costituiscono il nucleo familiare del dipendente/socio-amministratore esclusivamente:

- il coniuge o il convivente more uxorio;

- i figli, solo fiscalmente a carico, anche se non conviventi. Si intendono compresi i figli naturali legalmente riconosciuti, i figli nati dal precedente matrimonio del coniuge, i minori legalmente affidati o adottati

tutti risultanti dal certificato anagrafico di stato di famiglia del dipendente/socio-amministratore.

Opzione Assicurativa: il documento che forma parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione, nel quale sono indicati i dati principali relativi alle coperture prestate prescelte dal Contraente.

Patologia preesistente: alterazione dello stato di salute insorta – a giudizio medico - prima dell'effetto della copertura assicurativa o prima del successivo ingresso in copertura del singolo Assicurato, non diagnosticata oppure diagnosticata o che abbia resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio).

Polizza: il documento che prova l'assicurazione**.**

Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa.

Questionario sanitario: modulo (stampato mod. CC.027.391) costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato.

Residenza: luogo in Italia in cui l'Assicurato ha stabilito la dimora abituale.

Rette di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

Rimborso: somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di sinistro.

Scoperto: la parte delle spese sostenute, determinate in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro: l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Struttura Operativa: è' la struttura di Assirecre, che provvede a fornire assistenza telefonica all'Assicurato ed alla gestione dei sinistri e dei servizi relativi alle garanzie di cui alla presente polizza.

Strutture Sanitarie e Medici convenzionati (Network Sanitario): rete convenzionata con primaria Società di Servizi, costituita da Ospedali ed Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi: prestazioni di medicina riabilitativa, ad opera di personale fornito di laurea o specifico diploma, tesa a rendere possibile il recupero delle funzioni negli individui colpiti da traumi, lesioni invalidanti, malattie infiammatorie o degenerazioni indennizzabili a termini di polizza.
Devono essere prescritte da medico specialista ed effettuate da Istituto di Cura, Centro Medico, medico specialista o studio professionale regolarmente autorizzato.

Visita specialistica: la visita viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce.
Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria.

2 – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

2.1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

2.2 – ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente deve comunicare all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per i medesimi rischi ai quali si riferisce la presente, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1910 del Codice Civile.

L'omissione dolosa della comunicazione di cui sopra può comportare la perdita del diritto al rimborso.

In caso di sinistro il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno di essi il nome degli altri.

2.3 – PAGAMENTO DEL PREMIO, DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E SUCCESSIVE SCADENZE, STIPULA INDIPENDENTE DA OGNI ALTRA ASSICURAZIONE

La prima rata di premio deve essere pagata alla consegna della polizza.

Le rate successive devono essere pagate alle previste scadenze, contro il rilascio di quietanze che devono riportare la data del pagamento e recare la firma della persona autorizzata a riscuotere il premio.

Il pagamento deve essere eseguito esclusivamente presso l'Agenzia cui è assegnata la polizza o presso l'Impresa.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 15 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite (art.1901 del Codice Civile).

La sottoscrizione della presente polizza, indipendentemente dalla stipulazione di altre assicurazioni pubbliche o private, presenti o future, impegna il Contraente a mantenere in vita la polizza stessa per tutta la durata pattuita ed a pagare le rate di premio alle scadenze convenute.

Quanto sopra fermo restando il contenuto di cui al precedente art. 2.2.

2.4 – VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale per le persone identificate in polizza.

Le inclusioni e le esclusioni di Assicurati (dipendenti, soci/amministratori ed eventuali nuclei familiari) che si verifichino nel corso dell'annualità assicurativa

devono essere comunicati dal Contraente all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Direzione dell'Impresa, a mezzo raccomandata, fax od e-mail.

Per i nuovi Assicurati (ed eventuali nuclei familiari), la copertura decorre dalle ore 24 dal giorno di avvenuto pagamento del maggior premio che risulti dovuto e della firma dell'appendice.

Ai fini del pagamento del premio resta comunque inteso che:

- **se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno, la stessa comporterà la corresponsione dell'intero premio annuo;**

- **se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno verrà corrisposto il 60% del premio annuo.**

La cessazione dei singoli Assicurati (ed eventuali nuclei familiari), non contemporanea all'inclusione in garanzia di altri Assicurati (ed eventuali nuclei familiari), dà luogo a corrispondente riduzione di premio soltanto a partire dalla scadenza successiva alla data di comunicazione.

Qualora la copertura preveda l'assicurazione dell'intero nucleo familiare, i figli nati nel corso della copertura si intendono automaticamente assicurati per i capitali e i rischi previsti per il nucleo.
Qualora la copertura non preveda l'assicurazione dell'intero nucleo familiare, i figli nati nel corso della copertura non sono assicurati.
I figli nati da dipendente single nel corso della copertura si intendono assicurati per i capitali e rischi previsti per il medesimo dipendente assicurato, dietro corresponsione dalla differenza di premio.

2.5 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE
Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

2.6 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI
Ogni comunicazione del Contraente deve essere inviata con lettera raccomandata all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, o alla Direzione dell'Impresa.

2.7 – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI
Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art.1891 del Codice Civile.

2.8 – PROROGA DELL'ASSICURAZIONE
La durata della polizza è pari ad un anno.
In assenza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, la polizza è prorogata una o più volte, per una durata di 1 anno per ciascuna proroga.

E' data facoltà all'Impresa di rivedere le condizioni normative e di premio alla fine di ogni annualità, in funzione dell'andamento tecnico rilevato.

2.9 – IMPOSTE E TASSE

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza e agli altri atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dall'Impresa.

2.10 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non espressamente regolato valgono le norme di legge**.**

2.11 – MEDIAZIONE OBBLIGATORIA

Fatto salvo il preventivo espletamento delle procedure previste in polizza per la soluzione delle eventuali controversie concernenti le richieste d'indennizzo originate da sinistri regolarmente protocollati, per tutte le controversie nascenti o comunque collegate a questo contratto, per le quali non sia stato possibile raggiungere una soluzione amichevole e per le quali si intenda promuovere un giudizio, è condizione di procedibilità esperire un preliminare tentativo di mediazione, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n.28 del 4 marzo 2010 e successive modifiche (di seguito "Decreto 28").

Il tentativo di mediazione si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di Mediazione di volta in volta scelti dalla parte richiedente, tra quelli presenti nel luogo del giudice territorialmente competente, ovvero, nel caso in cui il contratto sia stato stipulato con un "consumatore" ai sensi dell'art. 33 del Codice del Consumo, nel luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o Assicurato.

La parte che viene chiamata in mediazione (sia Vittoria, sia il Contraente) si riserva il diritto di non partecipare alla procedura di mediazione, motivando per iscritto all'organismo di mediazione prescelto le ragioni che giustificano la propria mancata partecipazione.

Laddove il regolamento dell'Organismo prescelto preveda la possibilità di svolgere la mediazione in forma telematica (on line), si conviene che la mediazione sarà iniziata e svolta in tale forma anche se ad aderire sia solo una delle due parti.

In ogni caso la parte istante si impegna:

1. ad indicare nell'istanza di mediazione i dati identificativi dell'oggetto della controversia (ad es. numero e data del sinistro, numero della polizza), nonché ad indicare all'Organismo di Mediazione il seguente indirizzo di posta elettronica certificata per la notifica alla Compagnia della relativa istanza: mediazione@pecvittoriaassicurazioni.it
2. a richiedere all'Organismo di Mediazione un preavviso di almeno 15 giorni lavorativi per il primo incontro di mediazione.

Si applicherà al tentativo il regolamento di mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e le tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo internet dell'Organismo prescelto.

3 – PRESTAZIONI

PREMESSA

MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI..

L'adesione all'Opzione Assicurativa prescelta dal Contraente viene perfezionata mediante emissione di polizza.

Il Contraente stabilisce, preventivamente all'emissione della polizza, se attivare quest'ultima anche per i nuclei familiari dei propri dipendenti/soci-amministratori.

Relativamente a limiti di età, persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione resta fermo il disposto dell'art. 3.6.

Non è possibile prestare la copertura assicurativa a singoli componenti del nucleo familiare.
Il nucleo familiare può essere assicurato anche solo in alcuni suoi componenti esclusivamente qualora intervengano, nel corso della copertura assicurativa, le situazioni di inassicurabilità previste all'art. 3.6. di cui sopra.

PATOLOGIE PREESISTENTI E QUESTIONARIO SANITARIO.

La garanzia comprende le patologie preesistenti alla data di effetto della copertura assicurativa o del successivo ingresso in copertura del singolo Assicurato.

Non è pertanto richiesta la preventiva compilazione del Questionario Sanitario, salvo esplicita richiesta da parte dell'Impresa.

In tal caso:

- **per ciascun dipendente/socio-amministratore e componente del nucleo familiare, l'adesione all'Opzione Assicurativa è vincolata alla preventiva compilazione del Questionario Sanitario. Sulla base delle dichiarazioni ivi rilasciate, l'Impresa si riserva di attivare o meno la copertura assicurativa;**
- **è prevista l'esclusione delle patologie preesistenti, come disposto dall'art. 3.5 – Esclusioni.**
- In base alla Legge 7 dicembre 2023 - n° 193, **non devono** essere rilasciate informazioni relative allo stato di salute concernenti patologie oncologiche da cui si è stati precedentemente affetti ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, come risulta da specifica certificazione medica, da più di 10 anni alla data della compilazione del presente questionario. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima del 21° anno di età. I suddetti termini temporali potrebbero subire modifiche alla luce degli aggiornamenti normativi. Qualora introdotti saranno consultabili al seguente link: https://www.vittoriaassicurazioni.com/diritto-alloblio-oncologico/.

3.1 - OGGETTO DELLA COPERTURA.

L'Assicurazione è operante in caso di infortunio - avvenuto in corso di contratto - ed in caso di malattia, compreso il parto e l'aborto terapeutico, per le spese sostenute dall'Assicurato nell'ambito delle prestazioni di seguito descritte.

Si intendono operanti le prestazioni indicate nell'Opzione Assicurativa prescelta dal Contraente con i massimali, scoperti, franchigie e limiti di rimborso dalla medesima previsti.

I massimali si intendono prestati per nucleo familiare e per anno assicurativo, qualora non diversamente indicato.

RICOVERI.

A. Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti o case di cura.

1. Ricovero con/senza intervento

a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, relativi al periodo di ricovero che comporti l'intervento chirurgico;

b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo del ricovero;

c. rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria sia l'equipe medica); **fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta** per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. **Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;**

d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati **nei giorni precedenti il ricovero (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta);**

e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (**escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta)** e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

f. assistenza infermieristica privata individuale, **nel limite di € 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per evento in caso di ricovero senza intervento chirurgico**, ovvero senza alcun limite in caso di ricovero con intervento chirurgico.

Nel caso di trapianto sono incluse le spese sostenute a fronte di espianto da donatore.

2. Day Hospital con intervento chirurgico

a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;

b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

c. rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta **(deve essere compresa sia la struttura sanitaria sia l'equipe medica)**; **fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta** per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. **Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;**

d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati **nei giorni precedenti il ricovero (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta);**

e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (**escluse le spese alberghiere)**, **effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta**) e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

f. assistenza infermieristica privata individuale, senza alcun limite.

3. Day Hospital senza intervento chirurgico

a. l'assistenza medica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

b. rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (**deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica)**; **fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta** per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. **Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;**

c. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati **nei giorni precedenti il ricovero (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta);**

d. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure, effettuati **nei giorni successivi al termine del ricovero** (**secondo l'Opzione Assicurativa prescelta**) e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

4. Intervento ambulatoriale

a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;

b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto concomitante con l'intervento;

c. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati **nei giorni precedenti l'intervento (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta);**

d. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali **(escluse le**

spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi all'intervento (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta) e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento medesimo.

Le spese sostenute per le seguenti terapie, effettuate durante il ricovero, Day Hospital ed intervento ambulatoriale:

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Radioterapia

vengono rimborsate secondo il sub-massimale ***come da Opzione Assicurativa prescelta****. Non viene applicato nessuno scoperto.*

5. Parto cesareo e aborto terapeutico

a. onorari equipe, i diritti di sala di parto, il materiale di intervento;

b. l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

c. rette di degenza. **Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie**;

d. rette di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero **(il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'ospedale);**

e. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati **nei giorni precedenti il ricovero (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta);**

f. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure effettuati **nei giorni successivi al termine del ricovero (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta**) e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Le spese di cui ai punti 5a usque 5f vengono rimborsate secondo il sub-massimale ***come da Opzione Assicurativa prescelta****. Non viene applicato nessuno scoperto.*

Le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocele, ernia ombelicale ecc.) sono rimborsabili nei limiti del sub-massimale specifico per il Parto Cesareo.

6. Parto fisiologico

a. onorari equipe, i diritti di sala di parto;

b. l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

c. rette di degenza. **Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie**;

d. rette di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero **(il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'ospedale);**

e. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati **nei giorni precedenti il ricovero (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta);**

f. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure effettuate **nei giorni successivi al termine del ricovero (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta**) e rese necessari dal parto.

*Le spese di cui ai punti 6a usque 6f vengono rimborsate secondo il sub-massimale **come da Opzione Assicurativa prescelta**. Non viene applicato nessuno scoperto.*

7. Intervento chirurgico odontoiatrico (osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o della mascella, cisti follicolari o radicolari, adamantinoma e odontoma)

a. onorari medico specialista, implantologia dentale, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto relativo all'intervento;

b. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati **nei 30 giorni precedenti il ricovero;**

c. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure **effettuate nei 30 giorni successivi all'intervento** e rese necessarie dall'intervento medesimo.

*Le spese di cui ai punti 7a usque 7c vengono rimborsate **nel limite massimo di € 5.000.***

*Per gli interventi effettuati non in totale regime di convenzione diretta **viene applicato uno scoperto del 20% con un minimo di € 750 per intervento.***

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteite mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;

- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o della mascella.

8. Miopia con differenziale tra gli occhi superiore a 4 diottrie o difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore a 8 diottrie

a. Intervento di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser ad eccimeri, onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;

b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

c. rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta **(deve essere compresa sia la struttura sanitaria sia l'equipe medica)**; **fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta** per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. **Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;**

d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati **nei giorni precedenti il ricovero (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta);**

e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure effettuate **nei giorni successivi all'intervento** (**secondo l'Opzione Assicurativa prescelta**) e rese necessarie dall'intervento medesimo.

*Le spese di cui al punto 8a usque 8e vengono rimborsate secondo il sub-massimale **come da Opzione Assicurativa prescelta**. Non viene applicato nessun scoperto.*

9. Prestazioni in Pronto Soccorso

Vengono rimborsate, **entro il limite massimo di € 1.000 per evento**, senza applicazione di uno scoperto, le spese sostenute per prestazioni ambulatoriali a seguito di infortunio che non abbiano comportato ricovero.

Il rimborso comprende le spese sostenute per le seguenti prestazioni: gessi, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali e trasporto.

Nel caso di intervento chirurgico "plafonato" - di cui alla specifica tabella in allegato n° 1 - non effettuato in totale regime di convenzione diretta, non verrà rimborsata somma maggiore di quella indicata nella predetta tabella, previa applicazione dello scoperto eventualmente previsto per ciascuna tipologia di prestazione.

Il limite di rimborso di cui alla predetta tabella è da intendersi riferito alle sole spese connesse al periodo di ricovero con intervento chirurgico; le spese relative alle prestazioni pre e post ricovero saranno rimborsate come da Opzione Assicurativa prescelta.

B. Indennità sostitutiva

Con riferimento **al solo ricovero**, qualora le prestazioni disciplinate nella precedente lett. A punti 1 usque 3, siano **a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale**, viene corrisposta un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero (si intende come tale ogni giorno che comprende anche il pernottamento) e per Day Hospital **secondo l'Opzione Assicurativa prescelta.**

Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva e il rimborso delle spese rimaste a suo carico.

Inoltre, vengono rimborsate, senza applicazione di scoperto, le spese relative a:

- accertamenti diagnostici, visite specialistiche, effettuati **nei giorni precedenti il ricovero** (**secondo l'Opzione Assicurativa prescelta**);

- accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure anche termali **(escluse le spese alberghiere),** trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati **nei giorni successivi al termine del ricovero (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta**) e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

C. Accompagnatore

Con riferimento alle prestazioni di cui alla lettera A, punti 1 usque 6, vengono altresì rimborsate le spese relative a vitto e pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera e spese di trasporto per un accompagnatore dell'Assicurato, **con il limite giornaliero e con il massimo di giorni indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta**.

D. Trasporto Sanitario

Vengono rimborsate entro il limite massimo **indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta** le spese del trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzo di trasporto sanitario se in Italia, con qualunque mezzo di trasporto anche non sanitario qualora l'Assicurato si trovi all'estero: in quest'ultimo caso, qualora venga utilizzata un'auto propria, vengono rimborsate le spese sostenute per pedaggi e consumo di carburante **contro presentazione dei relativi giustificativi di spesa.**

La presente prestazione è prevista nei casi disciplinati alle precedenti lettere A (esclusi i punti 4, 7 e 8) e B.

E. Rimpatrio salma

Vengono rimborsate entro il limite massimo **indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta**, le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato infermo a seguito di ricovero (anche in regime di Day Hospital) in istituto di cura all'estero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico.

Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

F. Ticket SSN – ospedaliere

Vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione **disciplinata nell'Opzione Assicurativa prescelta**, **entro i limiti di assistenza previsti per ogni singolo tipo di prestazione.**

G. Indennità giornaliera da ricovero

L'Impresa, in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di Cura reso necessario da infortunio, malattia, parto ed aborto terapeutico, corrisponde l'indennità giornaliera per ciascun giorno di ricovero (si intende come tale ogni giorno che comprende anche il pernottamento) entro i limiti indicati **nell'Opzione Assicurativa prescelta.**

Si conviene che in caso di ricovero con degenza diurna (Day Hospital con/senza intervento) l'indennità giornaliera viene dimezzata.

H. Indennità da gessatura da infortunio

L'Impresa, nei casi di infortunio indennizzabili a termini di polizza, con o senza ricovero in Istituto di cura, corrisponde l'indennità da gessatura per ciascun giorno **entro i limiti indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta.**

Anticipo spese sanitarie

Nei casi di ricovero per "Grande Intervento Chirurgico" (ricompreso nell'allegato n° 2) effettuato non in totale regime di convenzione diretta, viene corrisposto, qualora la Struttura Sanitaria ne faccia richiesta all'Assicurato e dietro presentazione di idonea documentazione medica e preventivo di spesa, un importo nella misura massima del 50% delle spese da sostenere e, comunque entro il 50% del limite di assistenza previsto, fermo il conguaglio a cure ultimate. E' facoltà dell'Impresa, valutata la documentazione medica, stabilire quale quota a titolo di anticipo dovrà essere riconosciuta all'Assicurato.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI

I. Cure e diagnostica di Alta Specializzazione (Alta Diagnostica)

Vengono rimborsate, entro il limite massimo **indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta**, le prestazioni di "alta specializzazione" di cui al seguente elenco:

Diagnostica di Alta Specializzazione

- Amniocentesi (oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto)
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia

- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza
- Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Urografia
- Vesciculodeferentografia.

Terapie attinenti patologie oncologiche
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia.

Terapie
- Dialisi
- Laserterapia.

Endoscopie non comportanti biopsia
- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastroscopia
- Rettoscopia.

Le prestazioni vengono rimborsate fino alla concorrenza dei massimali e con gli scoperti/limiti indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta.

J. Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici ed Analisi di laboratorio

Vengono rimborsate, entro il limite massimo **indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta**, le spese per:

1. analisi ed esami diagnostici prescritti dal medico curante (per dette spese si procederà al rimborso per singola fattura) **con esclusione di quelli elencati alla lett. I e degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da infortunio; in quest'ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'infortunio sia documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero. Sono altresì esclusi test di gravidanza, ecografie di controllo della gravidanza.**

2. onorari medici per visite specialistiche prescritte dal medico curante (per dette spese si procederà al rimborso per singola fattura), **con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da infortunio.**
In quest'ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'infortunio sia documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero;

3. assistenza infermieristica domiciliare. In caso di infortunio o malattia vengono rimborsate le spese sostenute dall' Assistito, **entro il sub-limite indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta**, per assistenza infermieristica professionale a domicilio **prescritta dal medico curante**;

4. fisioterapia prescritta da medico specialista ed effettuata da Istituto di Cura, Centro Medico, studio professionale regolarmente autorizzato o da medico specialista a seguito di:
- ictus cerebrale
- neoplasie
- forme neurologiche degenerative, neuromiopatiche, omeoblastiche
- a seguito di interventi cardiochirurgici, di chirurgia toracica e amputazione di arti;

5. agopuntura , purché prescritta da medico specialista e praticata da medico;

6. logopedia a seguito di infortunio (documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero) o di malattia, effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato (prescritta dal medico curante);

7. medicinali, **con esclusione dei prodotti omeopatici.**
Tali medicinali devono essere prescritti dal medico e inerenti al sinistro denunciato.

A tale scopo l'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica in originale e la regolare fattura a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

K. Trattamenti fisioterapici e riabilitazione da infortunio
Vengono rimborsate, entro il limite massimo **indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta**, le spese sostenute per fisioterapia e trattamenti di riabilitazione, effettuati da medico specialista o da fisioterapista diplomato a seguito di **infortunio, documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero.**

L. Cure dentarie da infortunio
Vengono rimborsate, entro il limite massimo **indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta**, le spese per cure dentarie effettuate in ambulatorio, **rese necessarie da infortunio (documentato da certificato di pronto soccorso).**

M. Cure dentarie da malattia

Vengono rimborsate le spese sostenute per cure dentarie (comprese protesi), estrazioni, visite odontoiatriche entro il limite massimo **indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta**.

Per gli Assicurati (inclusi i membri del nucleo familiare) che abbiano aderito alla presente copertura nel corso del secondo semestre di ciascun anno di copertura, la presente garanzia è prestata nell'ambito di un massimale pari al 60% di quello annuo previsto dall'opzione di copertura prescelta.

N. Prevenzione dentaria
Un componente del nucleo familiare ha diritto ogni 365 giorni ad una ablazione dentaria (inclusa visita odontoiatrica) in forma diretta in network odontoiatrico convenzionato. I restanti membri assicurati del nucleo familiare possono beneficiare di tariffe agevolate.

O. Lenti / occhiali
Vengono rimborsate entro il limite massimo **indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta** le spese sostenute per l'acquisto di lenti ed occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive **(escluse le "usa e getta" e lenti estetiche).**

Il rimborso avviene in caso di prima prescrizione o modifica del visus, entrambe certificate dal medico oculista o da ottico optometrista.

Per ottenere il rimborso è necessario presentare la Dichiarazione di Conformità rilasciata dall'ottico come da Decreto Legislativo 24 febbraio 1997, n. 46 e la prescrizione delle lenti con l'indicazione del deficit visivo attuale e precedente.

Sono escluse dalla garanzia (quando anche comprese sulla medesima fattura di spesa) le spese relative a liquidi per la pulizia e simili.

L'Assicurato, anche qualora il massimale annuo non sia stato esaurito, non ha diritto al rimborso della spesa sostenuta per un secondo paio di lenti, che non sia giustificato da idonea documentazione medica attestante un'ulteriore modifica del visus.

P. Ticket SSN – extraospedaliere
Vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione **disciplinata nell'Opzione Assicurativa prescelta**, **entro i limiti di assistenza previsti per ogni singolo tipo di prestazione**.

Q. Grandi interventi chirurgici
Qualora l'Opzione Assicurativa prescelta dal Contraente preveda prestazioni relative a ricoveri ospedalieri correlate ai soli "Grandi Interventi Chirurgici", dette prestazioni si intendono operanti - nel limite indicato in tale Opzione Assicurativa - esclusivamente in occasione degli interventi chirurgici ricompresi nell'allegato n° 2 di polizza.

Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" anche il trapianto e l'espianto di organi.

3.2 – EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Con riferimento a quanto indicato al Capitolo 4 "Denuncia e liquidazione dei sinistri, Servizio Assirecre", l'Impresa riconosce le prestazioni nei termini previsti dal precedente art. 3.1 con le modalità di seguito illustrate:

a) **<u>quando erogate all'Assicurato da strutture sanitarie e medici convenzionati con ASSIRETE,</u> il pagamento sarà effettuato direttamente da ASSIRECRE a strutture e medici, restando a carico dell'Assicurato eventuali franchigie, scoperti e limiti di rimborso contrattualmente previsti (Assistenza "Diretta");**

b) **<u>quando erogate all'Assicurato da strutture sanitarie e medici non convenzionati con ASSIRETE</u>, il rimborso all'Assicurato sarà corrisposto con applicazione di scoperti, franchigie e limiti di rimborso contrattualmente previsti (Assistenza "Indiretta");**

c) **<u>quando erogate all'Assicurato da strutture sanitarie convenzionate con ASSIRETE e medici non convenzionati</u>, il rimborso all'Assicurato sarà corrisposto nei termini previsti dal precedente punto b).**

3.3 - ASSICURAZIONE IN FORMA INTEGRATIVA

Nel caso in cui sia attivata un'opzione in forma integrativa, la copertura si intende prestata ad integrazione del FASI, FASDAC, QUAS, di seguito Fondi, (o altri Fondi equivalenti per i quali deve in ogni caso essere richiesta all'Impresa l'approvazione preventiva).

L'Assicurato ha l'obbligo di richiedere preventivamente al Fondo il rimborso delle spese sanitarie sostenute.

La copertura opera come di seguito descritto:

1. **<u>con integrazione, senza l'applicazione di scoperti/franchigie, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, per tutti gli Assicurati e le prestazioni coperti dai Fondi in base ai rispettivi regolamenti</u>.**
   Verranno ammessi a risarcimento soltanto le prestazioni per le quali è stata preventivamente inoltrata richiesta di rimborso al Fondo (le cui prestazioni vengono integrate con la presente copertura);

2. **<u>con applicazione di scoperti/franchigie, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, per gli Assicurati e/o per le prestazioni non coperte dai Fondi;</u>**

3. **nel caso i suddetti Fondi ritenessero di non erogare il rimborso delle spese presentate, malgrado le stesse rientrino tra quelle previste dal proprio regolamento e siano quindi rimborsabili (ma presentate tardivamente rispetto ai termini previsti dai relativi regolamenti), la presente copertura darà comunque corso al rimborso nella misura dell'importo risultante ad integrazione di quanto sarebbe dovuto rimanere a carico del Fondo, come da precedente punto 1.**

L'Assicurato si obbliga a consegnare l'originale o le copie delle parcelle o fatture presentate da uno dei suddetti Fondi che preciserà la somma o le somme erogate.

Qualora le spese indicate al presente articolo siano, in caso di ricovero, a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa riconoscerà un'indennità sostitutiva del rimborso con le modalità previste all'art. 3.1 paragrafo B).

3.4 – DECORRENZA DELLA GARANZIA E TERMINI DI ASPETTATIVA

Fermo il disposto dell'art. 2.3 – Decorrenza dell'assicurazione e all'art. 2.4 – Variazione delle persone assicurate, la garanzia inizia:

a) dal momento in cui ha effetto la copertura, per gli infortuni e le malattie diverse da quelle indicate al punto seguente;

b) dal 300° giorno successivo per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio.

Se il concepimento viene provato, da adeguata documentazione medica, essere successivo alla decorrenza della copertura, la garanzia è prestata nei termini previsti dall'Opzione Assicurativa prescelta.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza Vittoria riguardante gli stessi assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- **dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da quest'ultima previste, se previste anche dalla presente polizza;**
- **dal giorno in cui ha effetto la presente polizza, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni ad esse previste.**

Le presenti norme relative al caso di sostituzione valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di una stessa polizza.

3.5 – ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende:

1. **qualora l'Impresa abbia richiesto la compilazione del Questionario Sanitario:**
   - **le patologie preesistenti ivi dichiarate* e, in ogni caso, non comprese in garanzia mediante specifico atto contrattuale;**
   - **le patologie preesistenti sottaciute all'Impresa all'atto della sottoscrizione;**
2. **gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura, nonché le relative conseguenze;**
3. **le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;**

* In base alla Legge 7 dicembre 2023 - n° 193, **non devono** essere rilasciate informazioni relative allo stato di salute concernenti patologie oncologiche da cui si è stati precedentemente affetti ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, come risulta da specifica certificazione medica, da più di 10 anni alla data della compilazione del presente questionario. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima del 21° anno di età. I suddetti termini temporali potrebbero subire modifiche alla luce degli aggiornamenti normativi. Qualora introdotti saranno consultabili al seguente link: https://www.vittoriaassicurazioni.com/diritto-alloblio-oncologico/.

4. **le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatria;**

5. **le spese relative a prestazioni di agopuntura, logopedia, fisioterapia (salvo se previste dall'Opzione Assicurativa prescelta nei termini previsti dall'art. 3.1.J punti 4, 5 e 6);**

6. **le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;**

7. **le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici, ad eccezione di quelle infermieristiche e di quelle fisioterapiche effettuate da studio professionale regolarmente autorizzato;**

8. **le prestazioni di medicina alternativa o non convenzionale, i trattamenti e farmaci sperimentali;**

9. **le prestazioni determinate da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate, nonché da malattie sessualmente trasmesse;**

10. **gli infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;**

11. **gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;**

12. **le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;**

13. **gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;**

14. **gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove);**

15. **gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;**

16. **le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale, salvo i casi**

previsti all'art. 3.7.;

17. **le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;**

18. **le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;**

19. **le applicazioni di carattere estetico;**

20. **trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati :**

- **a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il terzo anno di età;**
- **a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;**
- **a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per tumori maligni;**

21. **i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali e i disturbi psichici in genere. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;**

22. **l'interruzione volontaria della gravidanza;**

23. **le cure e gli accertamenti odontoiatrici/ortodontici e le protesi dentarie (se non previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);**

24. **le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore di 3 anni assicurati dalla nascita;**

25. **le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;**

26. **la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) se non prevista dall'Opzione Assicurativa prescelta;**

27. **i disordini alimentari (anoressia nervosa, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità;**

28. **protesi e presidi ortopedici ed acustici, salvo le endoprotesi in caso di ricovero che comporti intervento chirurgico e in caso di ricovero in regime di Day Hospital;**

29. **trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia ed infortunio;**

30. **lenti ed occhiali (se non previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);**

31. **gli infortuni derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine.**

3.6.– LIMITI DI ETÀ, PERSONE NON ASSICURABILI, CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE.
Non possono accedere alle prestazioni persone (dipendenti/soci-amministratori ed eventuali familiari) che abbiano già compiuto i 65 anni di età.

Tutte le situazioni avanti indicate che comportano la non assicurabilità e la conseguente cessazione della copertura assicurativa, devono essere tempestivamente comunicate dal Contraente all'Agenzia cui è assegnata la polizza od all'Impresa.

Non sono assicurabili:

- **dipendenti/soci-amministratori del Contraente e coniugi/conviventi more uxorio di età superiore a 70 anni.**
  Per gli Assicurati che raggiungano tali limiti di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto immediatamente successiva, salvo che non sia frattanto intervenuto patto speciale;

- **indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da: alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate.**
  La sopravvenienza in corso di polizza delle predette situazioni a carico dell'Assicurato costituisce, per il medesimo, causa di cessazione dell'assicurazione.

  Qualora tali situazioni si verifichino a carico:

  - **del dipendente-socio/amministratore identificato in polizza, l'assicurazione cessa anche per il relativo nucleo familiare assicurato.**
    L'Impresa restituisce al Contraente la parte di premio – relativo all'Assicurato ed al nucleo familiare - al netto delle imposte, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui l'Impresa ha ricevuto comunicazione della situazione di inassicurabilità (o ne è comunque venuta a conoscenza) e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso;

  - **di un componente del nucleo familiare, l'Impresa restituisce al Contraente la parte di premio – relativo al componente del nucleo familiare - al netto delle imposte, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui l'Impresa ha ricevuto comunicazione della situazione di inassicurabilità (o ne è comunque venuta a conoscenza) e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso;**

- **dipendenti/soci-amministratori del Contraente che interrompano il rapporto di lavoro con il medesimo.**

L'interruzione del rapporto di lavoro deve essere comunicata dal Contraente all'Agenzia cui è assegnata la polizza od all'Impresa.
La copertura assicurativa cessa – sia per l'Assicurato che per il relativo nucleo familiare - dalle ore 24 del giorno in cui tale interruzione è intervenuta.
L'Impresa restituisce al Contraente la parte di premio – relativo all'Assicurato ed al nucleo familiare - al netto delle imposte, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui l'Impresa ha ricevuto comunicazione della situazione di inassicurabilità (o ne è comunque venuta a conoscenza) e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso;

- **componente/i del nucleo familiare per il quale/i, in ogni caso, decadano i requisiti previsti dalla voce di Glossario "Nucleo Familiare".**
  Tale circostanza deve essere comunicata dal Contraente all'Agenzia cui è assegnata la polizza od all'Impresa.
  La copertura assicurativa cessa dalle ore 24 del giorno in cui la situazione di inassicurabilità è intervenuta.
  L'Impresa restituisce al Contraente la parte di premio – relativa al/i componente/i del nucleo familiare - al netto delle imposte, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui l'Impresa ha ricevuto comunicazione della situazione di inassicurabilità (o ne è comunque venuta a conoscenza) e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

3.7 – INFORTUNI CAUSATI DA COLPA GRAVE, TUMULTI, RISCHIO GUERRA, MALORE O INCOSCIENZA

Nei limiti e con le esclusioni precedentemente indicati sono compresi i rimborsi delle spese per i ricoveri conseguenti ad infortuni derivanti da malore o incoscienza e, inoltre, **l'assicurazione comprende, a parziale deroga dell'art.1900 del Codice Civile** (inoperatività della garanzia per dolo o colpa grave) **nonché dell'art.1912** (inoperatività della garanzia per terremoto, guerra e insurrezione, tumulti popolari), i ricoveri per gli infortuni derivanti da **colpa grave dell'Assicurato** e quelli derivanti da **tumulti popolari** a condizione che **l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**, nonché i ricoveri per gli **infortuni avvenuti all'estero** (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da **stato di guerra, guerra civile, invasioni, atti nemici, ostilità** (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di **14 giorni** dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

3.8 – RINUNCIA ALLA RIVALSA

L'Impresa rinuncia, a favore degli aventi diritto, all'azione di surroga verso i terzi responsabili prevista dall'art.1916 del Codice Civile.

3.9 - ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale in tutto il mondo, con l'intesa che le liquidazioni dei danni verranno effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.
Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

ALLEGATO N° 1 - "Elenco interventi chirurgici plafonati"

Legatura e stripping di vene	€ 3,500
Rinosettoplastica	€ 3,500
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad. es. chiodi, placche, viti)	€ 3,000
Tonsillectomia/adenotonsillectomia	€ 3,000
Ernie o/o laparoceli della parete addominale	€ 4,000
Intervento per emorroidectomia e/o per asportazione di ragadi e/o di fistole	€ 5,500
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso-falangeo	€ 4,000
Interventi a carico del ginocchio (diversi da legamenti e protesi)	€ 5,000
Isteroscopia operativa	€ 5,000
Cistectomia (esclusa cistectomia totale)	€ 5,000
Miomectomia	€ 7,500
Ricostruzione dei legamenti	€ 8,500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	€ 7,500
Asportazione di cisti ovariche	€ 10,000
Tiroidectomia	€ 10,000
Interventi per riduzione e sintesi fratture (anche con chiodi, placche, viti)	€ 8,000
Colecistectomia	€ 8,500
Ernia del disco	€ 12,000
Artrodesi vertebrale	€ 13,000
Interventi sulla prostata	Adenoma prostatico € 12,000 Adenocarcinoma prostatico € 18,000
Isterectomia	€ 18,000
Artroprotesi anca e ginocchio	€ 25,000

Ove nello stesso ricovero vengano effettuati due interventi compresi in questo elenco, si applica il plafond a 100% per l'intervento principale (come definito dal chirurgo) e al 70% per quello secondario; l'eventuale scoperto previsto viene applicato una sola volta, sull'intero ammontare della spesa.

Gli interventi di cui alla presente tabella che risultano inseriti anche nell'elenco dei "Grandi Interventi Chirurgici" – di cui all'allegato n° 2 - vengono rimborsati nel limite massimo dell'importo di plafonatura di cui alla presente tabella.

ALLEGATO N° 2 - "Elenco Grandi Interventi Chirurgici"

Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" esclusivamente quelli di seguito elencati, nonché il trapianto e l'espianto di organi.

CHIRURGIA DELL' ESOFAGO
Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale
Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia
Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale
Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo-cervicotomica)
con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia
Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica
Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia
Esofagectomia per via toracoscopica
Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale
Enucleazione di leiomiomi dell' esofago toracico per via tradizionale o toracoscopica
Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee

CHIRURGIA DELLO STOMACO - DUODENO - INTESTINO TENUE
Gastrectomia totale con linfoadenectomia
Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias
Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias

CHIRURGIA DEL COLON
Emicolectomia destra e linfadenectomia
Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia
Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia tradizionale
Resezione rettocolica con anastomosi colo-anale per via tradizionale
Proctocolectomia con anastomosi ileo-anale e reservoir ileale per via tradizionale
Amputazione del retto per via addomino-perineale

CHIRURGIA DEL FEGATO E VIE BILIARI
Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale
Chirurgia dell'ipertensione portale:
a)interventi di derivazione
-anastomosi porto-cava
-anastomosi spleno-renale
-anastomosi mesenterico-cava
b)interventi di devascolarizzazione
-legatura delle varici per via toracica e/o addominale
-transezione esofagea per via toracica
-transezione esofagea per via addominale
-econnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
-transezione esofagea con devascolarizzazione paraesofago-gastrica

CHIRURGIA DEL PANCREAS
Duodenocefalo-pancreatectomia con o senza linfadenectomia

Pancreatectomia totale con o senza linfadenectomia
Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

CHIRURGIA DEL COLLO
Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
Resezioni e plastiche tracheali
Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale

CHIRURGIA DEL TORACE
Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
Pleurectomie e pleuropneumonectomie
Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
Resezioni bronchiali con reimpianto
Toracoplastica: I e II tempo

CARDIOCHIRURGIA
By-pass aorto-coronarico
Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non escluse dalla garanzia
Commissurotomia per stenosi mitralica
Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci
Pericardiectomía totale
Resezione cardiaca
Sostituzione valvolare con protesi
Sutura del cuore per ferite
Valvuloplastica
Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
Legatura e resezione del dotto di Botallo
Operazione per embolia dell'arteria polmonare

CHIRURGIA VASCOLARE
Interventi sull'aorta toracica e/o addominale
Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali)
Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e l del collo
Intervento per fistola aorto-enterica
Interventi sulla vena cava superiore o inferiore
Trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale)

NEUROCHIRURGIA
Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia
Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia
Trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla garanzia
Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
Craniotomia per neoplasie endoventricolari

Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria
Biopsia cerebrale per via stereotassica
Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
Derivazione ventricolare interna ed esterna
Craniotomia per ascesso cerebrale
Intervento per epilessia focale
Cranioplastiche ricostruttive
Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali
Trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari
Intervento chirurgico per neoplasie dei nervi periferici

CHIRURGIA UROLOGICA
Nefrectomia allargata
Nefroureterectomia
Derivazione urinaria con interposizione intestinale
Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
Enterocistoplastica di allargamento
Orchiectomia con linfoadenectomia pelvica e/o lombo aortica
Resezione uretrale e uretrorrafia
Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale

CHIRURGIA GINECOLOGICA
Vulvectomia allargata con linfadenectomia Creazione di vagina artificiale post chirurgia neoplastica
lsterectomia radicale per via addominale con linfadenectomia

CHIRURGIA OCULISTICA
Vitrectomia anteriore e posteriore
Trapianto corneale a tutto spessore
lridocicloretrazione
Cerchiaggio per distacco di retina
Intervento per neoplasia del globo oculare

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA
Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento
Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla
con svuotamento ganglionare
Asportazione tumori parafaringei
Svuotamento funzionale o demolitivo del collo
Neurectomia vestibolare
Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico.
Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare
Petrosectomia
Laringectomia sopraglottica o subtotale
Laringectomia e faringolaringectomia totale
Resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne

CHIRURGIA ORTOPEDICA
Artrodesi vertebrale per via anteriore
Artroprotesi totale di ginocchio
Artroprotesi di spalla
Artroprotesi di anca parziale e totale
Disarticolazione interscapolo toracica
Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
Emipelvectomia
Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
Trattamento cruento dei tumori ossei

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
Condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare
Resezione del mascellare superiore per neoplasia
Resezione della mandibola per neoplasia
Ricostruzione della mandibola con innesti ossei
Ricostruzione della mandibola con materiale allo plastico

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

ARTICOLAZIONI
Disarticolazione interscapolo toracica.
Emipelvectomia.
Artoplastica delle grandi articolazioni.
Artoprotesi anca totale (comprensivo di ogni altro intervento preparatorio o concomitante).

4 - DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI SERVIZIO ASSIRECRE

4.1 – PREMESSA: ASSISTENZA "DIRETTA" O "INDIRETTA"

L'Impresa, per il tramite della Struttura Operativa di Assirecre e delle Società a questa collegate (Assirete S.r.l. ed Assident S.r.l.), mette a disposizione dell'Assicurato un servizio di convenzionamento diretto per prestazioni da effettuarsi presso qualificate strutture sanitarie convenzionate in Italia ed all'estero (Assistenza "Diretta").

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi delle strutture sanitarie e delle equipe mediche e chirurgiche convenzionate – assumendosi ogni responsabilità connessa a tale decisione – è sollevato da qualsiasi anticipo o pagamento diretto delle spese per prestazioni ricevute, sempreché indennizzabili a termini di polizza e fatto comunque salvo il pagamento a suo carico degli eventuali importi previsti in polizza per franchigie, scoperti o altre limitazioni al pagamento, come indicato all'art. 4.2 (Assistenza "Diretta").

Nel caso invece l'Assicurato decida di avvalersi di strutture o professionisti medici non convenzionati, il rimborso a termini di polizza verrà effettuato secondo le modalità indicate all' art. 4.3 (Assistenza "Indiretta").

La corrispondenza (quale documentazione sanitaria o di spesa) deve essere indirizzata dall'Assicurato, tramite lettera raccomandata, a:

ASSIRECRE Viale Regina Margherita, 278 - 00198 ROMA.

4.2 – ASSISTENZA "DIRETTA": RICORSO A STRUTTURE E MEDICI CONVENZIONATI CON ASSIRECRE

Per accedere al servizio di Assistenza Diretta, l'Assicurato deve seguire la procedura di Preattivazione come di seguito illustrata.

A) SCELTA DELLA STRUTTURA SANITARIA E DELLA EQUIPE MEDICO/CHIRURGICA DI FIDUCIA:

l'Assicurato individua la struttura sanitaria convenzionata più adatta alle proprie esigenze consultando l'elenco delle strutture convenzionate con Assirecre tramite il sito

www.vittoriaassicurazioni.com Area Privati – Sezione Salute e Benessere

oppure contattando la Struttura Operativa al numero

800 – 265.999 (numero verde)
+39 06 – 44.077.374 (numero dall'estero)

accessibile:

- dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 19,30;
- Il sabato dalle ore 8 alle 12.

La Struttura Operativa verifica presso la struttura sanitaria che anche l'equipe medica o chirurgica che seguirà il paziente assicurato risulti convenzionata.

In caso di chiamata dall'estero, il servizio è operativo 24 ore su 24.

B) PREATTIVAZIONE:
(relativamente alle prestazioni ospedaliere ed extra-ospedaliere e/o ambulatoriali, queste ultime come da capitolo 6, art. 6.8)

Una volta identificata struttura ed eventuale equipe, l'Assicurato deve - almeno 48 ore lavorative prima della data prevista per la prestazione – inviare alla Struttura Operativa al numero di fax:

06 – 97.62.70.81

o indirizzo email:

PreattivazioniVittoria@assirecregroup.com

il "Modulo di preattivazione" compilato in ogni sua parte, corredato da un certificato medico indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta e la prestazione richiesta.

Il "Modulo di preattivazione" e' disponibile sul sito www.vittoriaassicurazioni.com Area Privati – Sezione Salute e Benessere.

La Struttura Operativa comunicherà all'Assicurato la conferma dell'avvenuta autorizzazione all'Assistenza Diretta.

C) ACCETTAZIONE PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA:
al momento dell'ingresso nella struttura, l'Assicurato deve firmare per accettazione il "Modulo di presa in carico" nel quale vengono indicati gli eventuali importi (scoperti, franchigie ecc.) o tipologie di spese che rimangono a termini di polizza a suo carico e che quindi lo stesso dovrà saldare direttamente all'atto della dimissione.

4.3 – ASSISTENZA "INDIRETTA": RICORSO A STRUTTURE O MEDICI NON CONVENZIONATI CON ASSIRECRE

Qualora non ci si avvalga dei Servizi Convenzionati con ASSIRECRE o non si sia concordato preventivamente con ASSIRECRE l'attivazione dell' Assistenza "Diretta" con le modalità indicate all'art. 4.2, **il Contraente o l'Assicurato devono, entro 6 mesi dalla data dell'evento, dare avviso scritto del sinistro, secondo quanto stabilito dagli artt. 1910, 1913 e 1915 del Codice Civile.**

A tal scopo, dovrà essere inviato ad ASSIRECRE il "Modulo richiesta di rimborso spese mediche", compilato in ogni sua parte e corredato della documentazione sanitaria richiesta.

Il "Modulo richiesta di rimborso spese mediche" e' disponibile sul sito www.vittoriaassicurazioni.com Area Privati – Sezione Salute e Benessere.

La denuncia del sinistro deve essere inviata ad ASSIRECRE unitamente alla certificazione medica sulla natura della infermità.

L'Assicurato deve fornire, in caso di ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale, copia della cartella clinica completa, integrata dagli originali delle prescrizioni mediche e dalla descrizione dettagliata degli accertamenti diagnostici e delle altre prestazioni sanitarie in garanzia, anche se precedenti o successivi al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale.

In caso di accertamento diagnostico o di altra prestazione sanitaria non collegata ad un ricovero, day hospital o ad un intervento chirurgico ambulatoriale, l'Assicurato deve fornire la prescrizione del medico curante completa di diagnosi attestante la malattia (accertata o presunta) per la quale si richiede la prestazione, oppure l'infortunio.

L'Assicurato deve inoltre presentare gli originali delle fatture e delle notule fiscalmente regolari e quietanzati.

Qualora intervengano il Servizio Sanitario Nazionale od altri Enti, privati e non, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione di quanto corrisposto all'Assicurato.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, con moneta in corso in Italia, al cambio medio - ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi – della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

La denuncia del sinistro dovrà essere effettuata a cura ultimata, secondo le modalità previste dal capitolo 6 - Modalità di pagamento e rimborso.

4.4 - DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 3.4 - Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa e dalle voce "Evento" del Glossario, l'Impresa effettua, nei limiti contrattualmente previsti, il rimborso delle spese relative a:

1. prestazioni erogate durante la validità del contratto;

2. ricoveri iniziati in corso di validità del contratto e le relative prestazioni post-ricovero nei limiti previsti dall'Opzione Assicurativa prescelta, queste ultime anche se erogate oltre il termine della validità del Contratto.

4.5 – DOCUMENTAZIONE MEDICA E DELLE SPESE

L'Assicurato deve sottoporsi, anche in fase di ricovero, agli esami e controlli medici disposti dall'Impresa tramite suoi incaricati, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.

Pur essendo la documentazione delle spese acquisita dall'Impresa, quest'ultima tuttavia restituisce la parte relativa alle spese previa iscrizione dell'importo rimborsato e della data del rimborso.

4.6 – CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sul diritto dell'Assicurato al rimborso, le Parti possono concordemente conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione 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 di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

5 - PRECISAZIONI SULLE PRESTAZIONI DI ASSIRECRE

La Struttura Operativa di ASSIRECRE mette a disposizione il proprio servizio di convenzionamento per il network italiano ed estero, come specificato all'art. 4.2 paragrafo A).

Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.

5.1 - AVENTI DIRITTO

Potranno accedere alle prestazioni di ASSIRECRE esclusivamente gli Assicurati con la presente polizza.

5.2 - DECORRENZA E DURATA

La possibilità di utilizzare le prestazioni di ASSIRECRE decorre dalle ore 24 della data di effetto della presente polizza e per l'intera durata contrattuale, a condizione che:

- **il premio della presente polizza risulti regolarmente pagato;**

- **non siano pervenute al Contraente della presente polizza contrarie comunicazioni in proposito da parte dell'Impresa.**

5.3 - DELIMITAZIONI GENERALI

ASSIRECRE, a cui è affidata la gestione del servizio, non assume responsabilità per danni causati da intervento dell'Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita o imprevedibile.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, ASSIRECRE non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Ogni diritto dell'Assicurato nei confronti di ASSIRECRE, sempreché derivante dalla presente polizza, si prescrive al compimento di due anni dal verificarsi dell'evento.

Eventuali modifiche negli accordi con le strutture sanitarie ed i medici convenzionati, così come l'eventuale cessazione di detti accordi, non possono essere invocate dalle parti contraenti per l'anticipata risoluzione della presente polizza.

5.4 - RAPPORTI CON ASSIRECRE

Il Contraente e l'Assicurato riconoscono espressamente che ASSIRECRE non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o la loro esecuzione fornite dalle strutture sanitarie e dai medici con essa convenzionati; pertanto prendono atto che in qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

ASSIRECRE è comunque a completa disposizione del Contraente e degli Assicurati per qualsiasi ulteriore informazione inerente la prestazione e la migliore esecuzione dei servizi.

6 - MODALITÀ DI PAGAMENTO E RIMBORSO

6.1 - UTILIZZO DI STRUTTURE/MEDICI CONVENZIONATI CON ASSIRECRE
In caso di utilizzo di strutture e medici convenzionati, l'Assicurato non sosterrà alcuna spesa riferita alle garanzie di polizza (fatti salvi le franchigie, gli scoperti ed i limiti di rimborso contrattualmente previsti).

ASSIRECRE provvederà direttamente a pagare le strutture ed i medici convenzionati.

Qualora l'Assicurato scelga AUTONOMAMENTE ed utilizzi una struttura sanitaria convenzionata e medici convenzionati con ASSIRECRE, quindi senza avvalersi dell'Assistenza Diretta, il rimborso delle spese sostenute verrà effettuato da ASSIRECRE al ricevimento della documentazione sanitaria e di spesa.

6.2 - UTILIZZO DI STRUTTURE/MEDICI NON CONVENZIONATI CON ASSIRECRE
Qualora l'Assicurato ritenga di non avvalersi delle prestazioni di ASSIRECRE e pertanto scelga AUTONOMAMENTE e utilizzi strutture sanitarie e medici non convenzionati con ASSIRECRE, il rimborso delle spese sostenute verrà effettuato da ASSIRECRE nei termini contrattualmente stabiliti, al ricevimento della documentazione sanitaria e di spesa.

6.3 - UTILIZZO DI STRUTTURE CONVENZIONATE CON ASSIRECRE E MEDICI NON CONVENZIONATI CON ASSIRECRE
Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata e medici non convenzionati, il rimborso delle spese sostenute verrà effettuato da ASSIRECRE nei termini previsti al precedente art. 6.2.

6.4 - UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE O DI ALTRI ENTI
Se il ricovero avviene, a seguito di impegnativa del Servizio Sanitario Nazionale o se l'Assicurato si avvale delle garanzie di altro Ente ricevendo assistenza diretta od indiretta, ASSIRECRE provvederà a rimborsare le spese sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato, nei termini contrattualmente stabiliti, non appena l'Assicurato stesso invierà la documentazione sanitaria e di spesa ad ASSIRECRE.

6.5 - SPESE PRECEDENTI AL RICOVERO, DAY HOSPITAL O ALL'INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE
ASSIRECRE non provvede al pagamento diretto delle spese sostenute prima del ricovero, day hospital o dell'intervento chirurgico ambulatoriale previste all'art. 3.1 delle Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurato dovrà provvedere personalmente al loro pagamento ed inviare a ASSIRECRE la documentazione di spesa.

Ricevuta detta documentazione, compresa anche quella del ricovero, day hospital o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, ASSIRECRE provvederà a rimborsare le spese sostenute nei termini contrattualmente stabiliti.

6.6 - SPESE SUCCESSIVE AL RICOVERO, DAY HOSPITAL O ALL'INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Per le spese sostenute dopo il ricovero, day hospital o l'intervento chirurgico ambulatoriale previste all'art. 3.1 delle Condizioni di Assicurazione:

- **qualora l'Assicurato abbia attivato l'Assistenza Diretta con ASSIRECRE sia in occasione del ricovero, day hospital o dell'Intervento chirurgico ambulatoriale che delle spese sostenute successivamente, non sosterrà alcuna spesa. ASSIRECRE provvederà direttamente al pagamento (fatti salvi le franchigie, gli scoperti ed i limiti di rimborso contrattualmente previsti);**

- **qualora l'Assicurato abbia attivato l'Assistenza Diretta con ASSIRECRE in occasione del ricovero, day hospital o dell'Intervento chirurgico ambulatoriale ma non in occasione delle spese sostenute successivamente, dovrà provvedere al loro pagamento ed inviare a ASSIRECRE la documentazione di spesa.**
  Ricevuta detta documentazione, compresa quella, eventualmente non già acquisita, del ricovero, day hospital o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, ASSIRECRE provvederà a rimborsare le spese sostenute nei termini contrattualmente stabiliti;

- **qualora invece l'Assicurato abbia effettuato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale con strutture o medici non convenzionati con ASSIRECRE , dovrà provvedere al loro pagamento ed inviare a ASSIRECRE la documentazione di spesa.**
  Ricevuta detta documentazione, compresa quella, eventualmente non già acquisita, del ricovero, day hospital o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, ASSIRECRE provvederà a rimborsare le spese sostenute nei termini contrattualmente stabiliti.

6.7 - INDENNITÀ SOSTITUTIVA

ASSIRECRE, ricevuta copia della cartella clinica completa rilasciata dall'Istituto di Cura, provvederà al pagamento dell'indennità sostitutiva prevista dalla polizza per il caso di prestazioni sanitarie a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.
In caso di ricovero non in Day hospital, per il pagamento si tiene conto del numero dei pernottamenti e dei giorni di franchigia previsti nell'Opzione Assicurativa prescelta.

6.8 – PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI

La modalità di assistenza diretta (utilizzo di strutture e medici convenzionati con ASSIRECRE) è riconosciuta agli Assicurati accedendo alle prestazioni sanitarie indicate all'art. 3.1 ed erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da ASSIRECRE.
L'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Struttura Operativa di ASSIRECRE per verificare che la prestazione possa essere erogata in regime di assistenza diretta.

Qualora l'Assicurato fruisca, tramite ASSIRECRE, di strutture e medici con essa convenzionati, non sosterrà alcuna spesa.
ASSIRECRE provvederà direttamente al pagamento (fatti salvi le franchigie, gli scoperti ed i limiti di rimborso contrattualmente previsti).

Qualora invece l'Assicurato fruisca di strutture o medici non convenzionati con ASSIRECRE, dovrà provvedere al loro pagamento ed inviare a ASSIRECRE la documentazione di spesa.

Ricevuta detta documentazione, ASSIRECRE provvederà a rimborsare le spese sostenute nei termini contrattualmente stabiliti.

In caso di utilizzo di strutture o medici convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale verranno rimborsati al 100% gli eventuali tickets rimasti a carico dell'Assicurato.

6.9 - ALTRI CASI

Per gli eventuali casi non previsti dai punti che precedono, ASSIRECRE rimborserà le spese nei termini previsti dalla presente polizza, dopo aver ricevuto la documentazione sanitaria e di spesa.

Restano confermate le Condizioni di Assicurazione che, per nessun caso, si intendono modificate dalle normative riportate nel presente Capitolo 6.

6.10 – PAGAMENTO DEL SINISTRO

Verificata l'operatività della garanzia, accertata la legittimazione, ricevuta la necessaria documentazione e valutato il sinistro Assirecre provvederà al rimborso entro 30 (trenta) giorni, inviando l'apposito atto di transazione e quietanza.

7 - PRESTAZIONI ASSISTENZA SERVIZIO MAPFRE

Per "Struttura Organizzativa" si intende la struttura di Mapfre Asistencia Italia - Strada Trossi, 66 - 13871, Verrone (BI), costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto dell'Impresa al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico dell'Impresa.

7.1 - ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Dovunque si trovi in Italia e in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa al numero verde:

800 - 069.841 in funzione 24 ore su 24

oppure al numero:

+39 015 255.96.57 nel caso si trovi all'estero.

Se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma al seguente indirizzo:

MAPFRE ASISTENCIA S.A.

Strada Trossi, 66

13871 Verrone (BI).

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- **Nome e cognome;**
- **Numero di polizza;**
- **Servizio richiesto;**
- **Indirizzo del luogo in cui si trova;**
- **Recapito telefonico al quale la Struttura Organizzativa potrà richiamarlo nel corso dell'assistenza.**

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di Sinistro.

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della Struttura Organizzativa.

7.2 - EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Ogni Prestazione deve essere preventivamente richiesta alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Il diritto alle Prestazioni fornite decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.

Tutte le Prestazioni assistenza non possono essere fornite più di 3 (tre) volte per periodo di copertura assicurativa.

Le Prestazioni all'estero saranno erogate solo entro i primi 180 giorni di permanenza continuativa all'estero.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni relative alla polizza, l'Impresa non è tenuta a fornire indennizzi o Prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

La Struttura Organizzativa non si assume la responsabilità per i danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

L'Assicurato s'impegna a collaborare al fine di consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire alla Struttura Organizzativa tutte le informazioni che si ritengano indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di assistenza.

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato – e lo stesso è tenuto a fornire integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria all'erogazione della prestazione.

Salvo quanto espressamente indicato, ogni documento deve sempre essere fornito in originale (escluse fotocopie).

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri oggetto di questa polizza, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del Sinistro, la Struttura Organizzativa, e/o i magistrati eventualmente investiti dell'esame del Sinistro stesso.

7.3 - DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI

Informazioni sanitarie

La Struttura Organizzativa, su semplice richiesta telefonica dell'Assicurato, tramite la propria equipe medica fornirà informazioni relativamente a:

- vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali;
- medici o centri specializzati in medicina tropicale e infettivologia;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, uffici competenti;
- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, etc.)

nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

La Prestazione è operante da lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali.

Consigli medici telefonici generici e specialistici
Se l'Assicurato necessita di una consulenza medica generica o specialistica (cardiologica, geriatrica, ginecologica, neurologica, odontoiatrica, ortopedica o pediatrica) può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della Struttura Organizzativa, che forniranno informazioni e consigli e valuteranno quale sia la Prestazione più opportuna da effettuare in favore dell'Assicurato.

Invio di un medico generico a domicilio o di un'autoambulanza
Se a seguito di malattia o infortunio l'Assicurato, trovandosi in Italia, necessita di un medico dalle ore 20.00 alle ore 8.00 nei giorni feriali o durante i giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa provvederà a inviare, a spese della Struttura Organizzativa medesima, uno dei medici convenzionati.
In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa gestirà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino, mediante autoambulanza.

Trasporto in autoambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso
Se l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, necessita di un trasporto in autoambulanza, dopo il ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa provvederà a inviarla direttamente, tenendo a proprio carico la relativa spesa **fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 300 (trecento) km di percorso complessivo (casa – ospedale e ritorno).**

Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato
Se l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non risulti curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, la Struttura Organizzativa, **previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante,** provvederà a:

- individuare e prenotare, tenuto conto della disponibilità esistente, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;

- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni:

  - aereo sanitario (limitatamente al trasferimento in paesi europei);
  - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
  - treno, prima classe e, occorrendo, vagone letto;
  - autoambulanza (senza limiti di chilometraggio);

- assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, ove necessario.

Rientro dal centro ospedaliero attrezzato
Quando l'Assicurato, a seguito malattia o infortunio, in conseguenza della Prestazione indicata all'art. che precede ("Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato"), viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al

suo rientro con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni:

- aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese dell'Impresa, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se necessaria.

Assistenza infermieristica presso l'istituto di cura
Se a seguito di malattia o infortunio l'Assicurato, durante un periodo di ricovero in istituto di cura, necessita di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa provvederà al suo reperimento.
L'Impresa ne assume le spese **fino a un massimo di euro 500,00 (cinquecento) per periodo di copertura assicurativa.**

Invio di medicinali urgenti
Se a seguito di malattia o infortunio l'Assicurato necessita urgentemente, secondo parere del medico curante, di specialità medicinali che sono commercializzate in Italia ma irreperibili sul posto, la Struttura Organizzativa provvederà a inviarle con il mezzo più rapido (tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali).
Restano a carico dell'Assicurato i costi dei prodotti medicinali stessi.

Invio di un infermiere a domicilio
Se l'Assicurato, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero, necessita di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa provvederà al suo reperimento.
L'Impresa ne assume le spese **fino a un massimo di euro 500,00 (cinquecento) per periodo di copertura assicurativa.**

Invio di un fisioterapista
Se l'Assicurato, a seguito di una malattia o di un infortunio, indipendentemente da ricovero e/o intervento chirurgico, necessita di essere assistito da un fisioterapista, l'Impresa rimborsa all'Assicurato l'importo di euro 300,00 (trecento) per periodo di copertura assicurativa, qualora l'Assicurato medesimo si rivolga presso qualunque centro convenzionato con la Struttura Organizzativa, anche a domicilio.
Qualora invece l'Assicurato si rivolga ad un fisioterapista di sua fiducia non convenzionato, il suddetto limite è ridotto a euro 250,00 (duecentocinquanta) per periodo di copertura assicurativa.

Rientro sanitario (anche dall'estero)
Se a seguito di malattia o infortunio le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e il medico curante sul posto, rendono necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia, o alla sua residenza in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà a effettuare il trasporto con il mezzo più idoneo alle condizioni del paziente, e scelto tra uno dei seguenti:

- aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei);
- aereo di linea classe economica, eventualmente in barella;

- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa e le spese relative restano a carico dell'Impresa, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, ove necessaria. **Se l'Assicurato è rientrato a spese dell'Impresa, la Struttura Organizzativa ha diritto di richiedergli, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, etc. non utilizzato**.

Non danno luogo alla Prestazione le infermità o le lesioni che, a giudizio dei medici curanti, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio, e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali.

La Prestazione inoltre non è dovuta nel caso in cui l'Assicurato o i suoi familiari decidano per le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

Rientro anticipato

Se l'Assicurato, trovandosi in viaggio, rientra alla propria residenza prima della data che aveva programmato e con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa della morte avvenuta in Italia, come da data risultante sul certificato di morte rilasciato dall'anagrafe, di uno dei seguenti familiari:

coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora

la Struttura Organizzativa provvederà a fornirgli, con spese a carico dell'Impresa, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica, affinché possa raggiungere il luogo dove è deceduto in Italia il familiare o dove viene sepolto.

Nel caso in cui l'Assicurato viaggiasse con un minore, purché assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà a far rientrare entrambi.

Se l'Assicurato si trovasse nella impossibilità a utilizzare il proprio veicolo per rientrare anticipatamente, la Struttura Organizzativa gli metterà a disposizione un ulteriore biglietto per recarsi a recuperare successivamente il veicolo stesso.

Sono esclusi i casi in cui l'Assicurato non possa fornire alla Struttura Organizzativa adeguate informazioni sui motivi che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato.

L'Impresa ne assume le spese fino a un massimo di euro 500,00 (cinquecento) per periodo di copertura assicurativa.

Recupero e rimpatrio salma

Se a seguito di malattia o infortunio l'Assicurato è deceduto, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo l'Impresa a proprio carico le relative spese **fino a un massimo di euro 10.000,00 (diecimila).**

Se tale Prestazione comporta un esborso maggiore di tale importo, la Prestazione diventerà operante dal momento nel quale in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.

Sono inoltre comprese le eventuali spese per il recupero della salma **con il sottolimite di euro 2.000,00 (duemila).**
Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre.

Prolungamento del soggiorno all'estero
Se l'Assicurato in viaggio non è in grado di intraprendere il rientro al proprio domicilio alla scadenza stabilita in conseguenza di malattia o infortunio, la Struttura Organizzativa organizzerà il prolungamento del soggiorno in albergo tenendo l'Impresa a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione **fino a un massimo di 5 (cinque) giorni successivi alla data stabilita per il rientro e fino a un massimo di euro 100,00 (cento) al giorno.**
La Prestazione è operante quando il Sinistro si verifica all'estero.

Rientro degli altri Assicurati
In caso di rientro sanitario dell'Assicurato in base alle condizioni previste nell'art. che precede ("Rientro sanitario"), se le persone in viaggio con l'Assicurato, purché anch'esse assicurate, non sono in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la Struttura Organizzativa provvede a fornire loro un biglietto ferroviario, prima classe, o aereo, classe economica, per rientrare alla propria residenza in Italia.
L'Impresa terrà a proprio carico il costo dei biglietti fino a un importo massimo di euro 500,00 (cinquecento) per Assicurato.
La Struttura Organizzativa avrà la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

Assistenza di un interprete all'estero
Se l'Assicurato in viaggio, in caso di ricovero in ospedale per malattia o infortunio, incontra delle difficoltà nel comunicare nella lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà a inviare un interprete.
L'Impresa terrà a proprio carico le spese **per un massimo di 8 (otto) ore lavorative per Sinistro.**

Viaggio di un familiare e spese di soggiorno
Se a seguito di malattia o infortunio l'Assicurato necessita di un ricovero in un istituto di cura **per un periodo superiore a 10 (dieci) giorni**, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato.
L'Impresa terrà a proprio carico il relativo costo.
Se l'Assicurato necessita di assistenza personale, la Struttura Organizzativa provvederà inoltre a ricercare e prenotare un albergo per il familiare, tenendo l'Impresa a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione **fino a un massimo per Sinistro, di euro 100,00 (cento) per notte, per un massimo di 3 (tre) notti.**

Anticipo spese mediche
Se l'Assicurato deve sostenere delle spese mediche impreviste e non gli è possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa anticipa, per conto

dell'Assicurato, il pagamento delle fatture a esse relative, **fino a un importo massimo di euro 500,00 (cinquecento) per Sinistro.**

Se l'ammontare delle fatture supera l'importo di euro 500,00 (cinquecento), la Prestazione
viene erogata dopo che siano state date alla Struttura Organizzativa garanzie di restituzione delle somme stesse.
L'importo delle fatture pagate dalla Struttura Organizzativa non potrà mai comunque superare la somma di euro 2.600,00 (duemilaseicento).

La Prestazione viene fornita a condizione che l'Assicurato sia in grado di fornire adeguate garanzie per la restituzione della somma anticipata.

La Prestazione non è operante se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia di antiriciclaggio.

L'Assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.
L'Assicurato deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso.
Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

La garanzia è operante quando il Sinistro si verifica a oltre 50 (cinquanta) km dal comune di residenza dell'Assicurato.

Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente
Se l'Assicurato convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi a seguito di malattia o infortunio, la Struttura Organizzativa provvederà a inviare presso il domicilio dell'Assicurato un infermiere per assistere il familiare non autosufficiente.
L'Impresa terrà a proprio carico l'onorario **fino a un massimo di euro 500,00 (cinquecento) per Sinistro.**
Per non autosufficiente si intende la persona invalida che necessita di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.
Tale stato deve essere certificato da accertamento medico legale rilasciato dalla commissione sanitaria dell'ASL di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile (legge 104/92).

Accompagnamento di minori
Se l'Assicurato in viaggio accompagnato **da minori di 15 anni**, **purché assicurati**, si trova nell'impossibilità di occuparsi di loro, a giudizio di un sanitario che lo ha in cura, in seguito a malattia o infortunio, la Struttura Organizzativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno, per permettere a un familiare residente in Italia di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia.
L'Impresa terrà a proprio carico il relativo costo.
Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.
L'Assicurato deve comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del familiare affinché la Struttura Organizzativa possa contattarlo e organizzare il viaggio.

Baby-sitter per minori

Se l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, viene ricoverato in istituto di cura **per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni**, oppure, a seguito di un ricovero in istituto di cura è temporaneamente invalido, e pertanto impossibilitato ad accudire i figli **minori di 15 (quindici) anni,** la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una baby sitter nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali.
L'Impresa terrà a proprio carico le relative spese **fino a un massimo di euro 100,00 (cento) al giorno e per un massimo di 5 (cinque) giorni per Sinistro.**

Collaboratrice familiare
Se l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, è stato ricoverato in istituto di cura **per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni** ed è temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali.
L'Impresa terrà a proprio carico le relative spese **fino a un massimo di euro 100,00 (cento) al giorno e per un massimo di 5 (cinque) giorni per Sinistro.**

Consulenza pediatrica
Se l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio del proprio figlio, necessita di un consulto telefonico urgente e non riesce a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la Prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

Seconda Opinione Medica
L'Impresa, tramite i medici della Struttura Organizzativa, mette a disposizione dell'Assicurato il servizio di SECONDA OPINIONE MEDICA, che fornisce una seconda consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute.

L'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeuticamente potrà contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della Struttura Organizzativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.

Per beneficiare della Prestazione, l'Assicurato o il medico curante dovranno:

- **spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il caso clinico;**
- **compilare il questionario che sarà appositamente fornito;**
- **mettere a disposizione prove, biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica che sia necessaria per potere valutare il caso.**

La Struttura Organizzativa procederà alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, provvederà all'eventuale traduzione in lingua inglese, ed effettuerà la SECONDA OPINIONE MEDICA mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nella malattia o quadro clinico dell'Assicurato.

Il servizio di SECONDA OPINIONE MEDICA sarà effettuato sempre sulla base del quadro clinico dell'Assicurato e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito, documenti che saranno forniti alla

Struttura Organizzativa dall'Assicurato, o dal suo medico di fiducia, come condizione necessaria per l'erogazione della Prestazione.

La risposta in forma scritta, eventualmente in lingua inglese, ma in ogni caso con traduzione in italiano, della SECONDA OPINIONE MEDICA, sarà trasmessa dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato, o al suo medico di fiducia, **nel termine normale di 15 giorni feriali, e comunque con un massimo di 40 giorni feriali.**

Entro 10 giorni dalla data di ricevimento della SECONDA OPINIONE MEDICA sarà facoltà dell'Assicurato chiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della Struttura Organizzativa ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente della struttura medica di riferimento, mediante collegamento telefonico o videoconferenza.

Concordata con la Struttura Organizzativa e con il medico curante la necessità della videoconferenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di presenziare, presso gli uffici a ciò adibiti dalla Struttura Organizzativa, alla videoconferenza.

L'Impresa terrà a proprio carico le relative spese **sino a un massimo di euro 500,00 (cinquecento) per periodo di copertura assicurativa.**

La Prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali.

7.4 - ESCLUSIONI
La copertura non è operante per i sinistri provocati o dipendenti da:

- **guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo o vandalismo, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**

- **le Prestazioni non sono fornite negli stati che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;**

- **dolo o colpa grave dell'Assicurato;**

- **suicidio o tentato suicidio;**

- **infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;**

- **l'espianto e/o il trapianto di organi;**

- **malattie nervose e mentali, malattie insorte anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'Assicurato (malattie preesistenti), a meno che, in caso di sostituzione di un prodotto con garanzie assistenza, le patologie siano insorte, relativamente allo stesso Assicurato, nel corso del precedente contratto;**

- **malattie e infortuni conseguenti e/o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;**

- **malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio;**

- **rinuncia o ritardo da parte dell'Assicurato nell'accettare le prestazioni proposte dalla Struttura Organizzativa.**

8 - OPZIONI ASSICURATIVE

OPZIONI IMPIEGATI "COMPLETE" E "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI"

Qualora non diversamente indicato, i massimali si intendono applicati per nucleo e per anno assicurativo.
Scoperti e franchigie si applicano per evento.

Opzioni Impiegati Coperture Complete	Opzione 1
Grandi Interventi (da elenco) Limite PRE/POST	NON INCLUSO
Indennità giornaliera (per pubblico e privato) - ricovero con/senza intervento - DH con/senza intervento	 € 100 giorno, 2 gg franchigia assoluta, max. 200 gg. 50% dell'indennità giornaliera, max. 100 gg.
Indennità sostitutiva	NON INCLUSO
PRE/POST Sostitutiva	NON INCLUSO
Indennità da gessatura da infortunio	 € 75 giorno Max. 30 gg
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio	 € 1.000
Assistenza infermieristica domiciliare	 € 35 giorno, max. € 500
Cure dentarie da **infortunio**	€ 1.000
Prevenzione dentaria	NON INCLUSO
Ticket sulle prestazioni coperte	100%
Cure dentarie da **malattia**	NON INCLUSO

Opzioni Impiegati Coperture Complete	Opzione 2
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Grandi Interventi Chirurgici (da elenco) Massimale In rete Fuori rete (compr. endoprotesi, spese sostenute a fronte di espianto da donatore)	 € 150.000 100% 20% min. € 2.000
PRE/POST Limite	90/90 gg € 1.000 PRE / € 1.000 POST
Limite rette di degenza (solo fuori rete)	€ 300
Accompagnatore	€ 60 max. 30 gg. (no scoperti/franchigie)
Trasporto dell'assicurato	€ 2.000 (no scoperti/franchigie)
Rimpatrio Salma	€ 1.000 (no scoperti/franchigie)
Indennità sostitutiva	€ 100 max. 60 gg. di ricovero all'anno
PRE/POST Sostitutiva	90/90 con limite di € 1.000 PRE e € 1.000 POST
Ticket sulle prestazioni coperte	100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Indennità da gessatura da infortunio	 € 120 giorno Max. 30 gg
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio	 € 1.500
Assistenza infermieristica domiciliare	 € 40 giorno, max. € 600
Cure dentarie da infortunio	€ 1.500
Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in rete. Membri del nucl. fam. possono beneficiare di tariffe agevolate
Ticket sulle prestazioni coperte	100%

Opzioni Impiegati Coperture Complete	Opzione 3
Grandi Interventi (da elenco) Limite PRE/POST	NON INCLUSO
Indennità giornaliera (per pubblico e privato) - ricovero con/senza intervento - DH con/senza intervento	 € 150 giorno, 2 gg franchigia assoluta, max. 200 gg. 50% dell'indennità giornaliera, max. 100 gg.
Indennità sostitutiva	NON INCLUSO
PRE/POST Sostitutiva	NON INCLUSO
Indennità da gessatura da infortunio	 € 120 giorno Max. 30 gg
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio	 € 1.700
Assistenza infermieristica domiciliare	 € 40 giorno, max. € 600
Cure dentarie da **infortunio**	€ 2.000
Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in rete. Membri del nucl. fam. possono beneficiare di tariffe agevolate
Ticket sulle prestazioni coperte	100%
Cure dentarie da **malattia**	€ 500 scoperto 20%, min. €150

Opzioni Impiegati Coperture Complete	Opzione 4
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb. Massimale	€ 100.000
In rete	franchigia fissa: € 1.000
Fuori rete	scoperto 20% min. € 1.500
PRE/POST	60/60
Submassimali	
Terapie	€ 5.000 (no scoperti/franchigie)
Parto Fisiologico	€ 1.000 (no scoperti/franchigie)
Parto Cesareo / Aborto terapeutico	€ 2.000 (no scoperti/franchigie)
Chirurgia refrattiva	NON INCLUSO
Limite rette di degenza (solo fuori rete)	€ 250
Accompagnatore	€ 30 giorno - max. 50 gg (no scoperti/franchigie)
Trasporto dell'assicurato	€ 1.000 (no scoperti/franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 1.000 (no scoperti/franchigie)
Indennità Sostitutiva	€ 80 giorno - max. 50 gg
PRE/POST Sostitutiva	60/60 (100%)
Ticket sulle prestazioni coperte	100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica Massimale Condizioni	€ 2.000 scoperto 20% min. € 100
Visite specialistiche / Accertamenti/ Analisi di laboratorio Massimale Condizioni	NON INCLUSO
- Assistenza infermieristica domiciliare	€ 40 giorno, max. € 600
Tratt. fisioterapici ed riabilitativi (da infortunio) Massimale Condizioni	€ 500
Lenti/occhiali Massimale Condizioni	NON INCLUSO
Cure dentarie <u>da infortunio</u> Massimale Condizioni	€ 2.000
Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in rete Membri del nucl. fam. possono beneficiare di tariffe agevolate
Cure dentarie <u>da malattia</u> Massimale Condizioni	€ 250 scoperto 20%, min. €100
Ticket sulle prestazioni coperte	100%

Opzioni Impiegati Coperture Complete	Opzione 5
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb. Massimale	€ 150.000
In rete	franchigia fissa: € 500
Fuori rete	scoperto 20% min. € 1.000
PRE/POST	90/90
Submassimali	
Terapie	€ 5.000 (no scoperti/franchigie)
Parto Fisiologico	€ 1.500 (no scoperti/franchigie)
Parto Cesareo / Aborto terapeutico	€ 2.500 (no scoperti/franchigie)
Chirurgia refrattiva	€ 1.000 per occhio (no scoperti/franchigie)
Limite rette di degenza (solo fuori rete)	€ 300
Accompagnatore	€ 30 giorno - max. 50 gg (no scoperti/franchigie)
Trasporto dell'assicurato	€ 1.000 (no scoperti/franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 1.000 (no scoperti/franchigie)
Indennità Sostitutiva	€ 100 giorno - max. 50 gg
PRE/POST Sostitutiva	90/90 (100%)
Ticket sulle prestazioni coperte	100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica Massimale	€ 3.000
Condizioni	scoperto 20% min. € 80
Visite specialistiche / Accertamenti/ Analisi di laboratorio Massimale	€ 1.000
Condizioni	scoperto 20% min. € 80
- Assistenza infermieristica domiciliare	€ 40 giorno, max. € 600
Tratt. fisioterapici ed riabilitativi (da infortunio) Massimale	€ 1.000
Condizioni	
Lenti/occhiali Massimale Condizioni	NON INCLUSO
Cure dentarie <u>da infortunio</u> Massimale	€ 3.000
Condizioni	
Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in rete Membri del nucl. fam. possono beneficiare di tariffe agevolate
Cure dentarie <u>da malattia</u> Massimale	€ 500
Condizioni	scoperto 20%, min. € 150
Ticket sulle prestazioni coperte	100%

Opzioni Impiegati Coperture Complete	Opzione 6
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb. Massimale **In rete** **Fuori rete** PRE/POST <u>Submassimali</u> Terapie Parto Fisiologico Parto Cesareo / Aborto terapeutico Chirurgia refrattiva	 € 200.000 franchigia fissa: € 500 scoperto 20% min. € 750 90/90 € 5.000 (no scoperti/franchigie) € 3.000 (no scoperti/franchigie) € 4.000 (no scoperti/franchigie) € 1.000 per occhio (no scoperti/franchigie)
Limite rette di degenza (solo fuori rete)	€ 300
Accompagnatore	€ 30 giorno - max. 50 gg (no scoperti/franchigie)
Trasporto dell'assicurato	€ 1.000 (no scoperti/franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 1.000 (no scoperti/franchigie)
Indennità Sostitutiva	€ 100 giorno - max. 80 gg.
PRE/POST Sostitutiva	90/90 (100%)
Ticket sulle prestazioni coperte	100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica Massimale Condizioni	 € 4.000 scoperto 20% min. € 80
Visite specialistiche / Accertamenti/ Analisi di laboratorio Massimale Condizioni	 € 1.500 scoperto 20% min. € 50
- Assistenza infermieristica domiciliare	€ 40 giorno, max. € 600
Tratt. fisioterapici ed riabilitativi (da infortunio) Massimale Condizioni	 € 1.500
Lenti/occhiali Massimale Condizioni	 € 150 Franchigia € 50
Cure dentarie <u>da infortunio</u> Massimale Condizioni	 € 4.000
Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in rete Membri del nucl. fam. possono beneficiare di tariffe agevolate
Cure dentarie <u>da malattia</u> Massimale Condizioni	 € 1.000 scoperto 20%, min. € 150
Ticket sulle prestazioni coperte	100%

OPZIONI QUADRI "COMPLETE" E "INTEGRATIVE"

Copertura completa per quadro/funzionario e membri familiari:
qualora non diversamente indicato, i massimali si intendono applicati per nucleo e per anno assicurativo.
Scoperti/franchigie si applicano per evento.

Copertura Integrativa per il solo quadro/funzionario e copertura completa per membri familiari:
qualora non diversamente indicato, i massimali si intendono applicati per nucleo e per anno assicurativo.
Per gli assicurati e le prestazioni non coperte dai Fondi, scoperti/franchigie si applicano per evento.

Per le coperture integrative si rinvia all'art. 3.3 – Assicurazione in forma integrativa.

Opzioni Quadri Coperture Complete/Integrative	Opzione 1
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb. Massimale **In rete** **Fuori rete** PRE/POST Submassimali Terapie Parto Fisiologico Parto Cesareo / Aborto terapeutico Chirurgia refrattiva	 € 100.000 rimborso a 100% scoperto 20% max. € 5.000 90/90 € 5.000 (no scoperti/franchigie) € 2.500 (no scoperti/franchigie) € 5.000 (no scoperti/franchigie) € 1.000 per occhio (no scoperti/franchigie)
Limite rette di degenza (solo fuori rete)	€ 350
Accompagnatore	€ 35 giorno - max. 50 gg (no scoperti/franchigie)
Trasporto dell'assicurato	€ 3.000 (no scoperti/franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 3.000 (no scoperti/franchigie)
Indennità Sostitutiva	€ 100 giorno - max. 80 gg
PRE/POST Sostitutiva	90/90 gg (100%)
Ticket sulle prestazioni coperte	100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica Massimale Condizioni	 € 4.000 scoperto 20% min. € 50
Visite specialistiche / Accertamenti/ Analisi di laboratorio Massimale Condizioni	NON INCLUSO
- Assistenza infermieristica domiciliare	€ 40 giorno, max. € 800
Tratt. fisioterapici ed riabilitativi (da infortunio) Massimale Condizioni	 € 1.500
Lenti/occhiali Massimale Condizioni	NON INCLUSO
Cure dentarie da infortunio Massimale Condizioni	 € 4.000
Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in rete Membri del nucl. fam. possono beneficiare di tariffe agevolate
Cure dentarie da malattia Massimale Condizioni	 € 500 scoperto 20%, min. €150
Ticket sulle prestazioni coperte	100%

Opzioni Quadri Coperture Complete/Integrative	Opzione 2
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb. Massimale **In rete** **Fuori rete** PRE/POST <u>Submassimali</u> Terapie Parto Fisiologico Parto Cesareo / Aborto terapeutico Chirurgia refrattiva	 € 200.000 rimborso a 100% scoperto 20 % max.€ 5.000 90/90 € 5.000 (no scoperti/franchigie) € 3.000 (no scoperti/franchigie) € 7.000 (no scoperti/franchigie) € 1.000 per occhio (no scoperti/franchigie)
Limite rette di degenza (solo fuori rete)	€ 350
Accompagnatore	€ 35 giorno - max. 50 gg (no scoperti/franchigie)
Trasporto dell'assicurato	€ 3.000 (no scoperti/franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 3.000 (no scoperti/franchigie)
Indennità Sostitutiva	€ 130 giorno - max. 80 gg.
PRE/POST Sostitutiva	90/90 (100%)
Ticket sulle prestazioni coperte	100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica Massimale Condizioni	 € 5.000 scoperto 20% min. € 50
Visite specialistiche / Accertamenti/ Analisi di laboratorio Massimale Condizioni	 € 1.500 scoperto 20% min. € 50
- Assistenza infermieristica domiciliare	€ 40 giorno, max. € 800
Tratt. fisioterapici ed riabilitativi (da infortunio) Massimale Condizioni	 **€ 2.000**
Lenti/occhiali Massimale Condizioni	NON INCLUSO
Cure dentarie <u>da infortunio</u> Massimale Condizioni	 € 4.000
Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in rete Membri del nucl. fam. possono beneficiare di tariffe agevolate
Cure dentarie <u>da malattia</u> Massimale Condizioni	 € 1.000 scoperto 20%, min. €150
Ticket sulle prestazioni coperte	100%

Opzioni Quadri Coperture Complete/Integrative	Opzione 3
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb. Massimale **In rete** **Fuori rete** PRE/POST <u>Submassimali</u> Terapie Parto Fisiologico Parto Cesareo / Aborto terapeutico Chirurgia refrattiva	 € 300.000 rimborso a 100% scoperto 20 % max. € 5,000 100/100 € 5.000 (no scoperti/franchigie) € 3.500 (no scoperti/franchigie) € 7.500 (no scoperti/franchigie) € 1.000 per occhio (no scoperti/franchigie)
Limite rette di degenza (solo fuori rete)	€ 400
Accompagnatore	€ 40 giorno - max. 50 gg (no scoperti/franchigie)
Trasporto dell'assicurato	€ 3.000 (no scoperti/franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 3.000 (no scoperti/franchigie)
Indennità Sostitutiva	€ 140 giorno - max. 90 gg.
PRE/POST Sostitutiva	100/100 (100%)
Ticket sulle prestazioni coperte	100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica Massimale Condizioni	 € 7.000 scoperto 20% min. € 50
Visite specialistiche / Accertamenti/ Analisi di laboratorio Massimale Condizioni - Assistenza infermieristica domiciliare	 € 2.000 scoperto 15% min. € 40 € 40 giorno, max. € 800
Tratt. fisioterapici ed riabilitativi (da infortunio) Massimale Condizioni	 € 2.000
Lenti/occhiali Massimale Condizioni	 € 200 Franchigia € 50
Cure dentarie <u>da infortunio</u> Massimale Condizioni	 € 4.000
Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in rete Membri del nucl. fam. possono beneficiare di tariffe agevolate
Cure dentarie <u>da malattia</u> Massimale Condizioni	 € 1.500 scoperto 20%, min. €150
Ticket sulle prestazioni coperte	100%

Opzioni Quadri Coperture Complete/Integrative	Opzione 4
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb. Massimale **In rete** **Fuori rete** PRE/POST <u>Submassimali</u> Terapie Parto Fisiologico Parto Cesareo / Aborto terapeutico Chirurgia refrattiva	 € 300.000 rimborso a 100% scoperto 20 % max. € 5,000 100/100 € 5.000 (no scoperti/franchigie) € 4.000 (no scoperti/franchigie) € 8.000 (no scoperti/franchigie) € 1.500 per occhio (no scoperti/franchigie)
Limite rette di degenza (solo fuori rete)	€ 500
Accompagnatore	€ 50 giorno - max. 50 gg (no scoperti/franchigie)
Trasporto dell'assicurato	€ 3.000 (no scoperti/franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 3.000 (no scoperti/franchigie)
Indennità Sostitutiva	€ 150 giorno - max. 100 gg.
PRE/POST Sostitutiva	100/100 (100%)
Ticket sulle prestazioni coperte	100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica Massimale Condizioni	 € 8.000 scoperto 20% min. € 50
Visite specialistiche / Accertamenti/ Analisi di laboratorio Massimale Condizioni - Assistenza infermieristica domiciliare	 € 2.500 scoperto 15% min. € 40 € 40 giorno, max. € 800
Tratt. fisioterapici ed riabilitativi (da infortunio) Massimale Condizioni	- € 2.500
Lenti/occhiali Massimale Condizioni	 € 300 Franchigia € 50
Cure dentarie <u>da infortunio</u> Massimale Condizioni	 € 4.000
Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in rete Membri del nucl. fam. possono beneficiare di tariffe agevolate
Cure dentarie <u>da malattia</u> Massimale Condizioni	 € 2.000 scoperto 20%, min. €150
Ticket sulle prestazioni coperte	100%

OPZIONI DIRIGENTI "INTEGRATIVE"

Qualora non diversamente indicato, i massimali si intendono applicati per nucleo e per anno assicurativo.

In caso di richiesta di risarcimento per prestazioni non previste dai Fondi, ma indennizzabili a termini di polizza, l'Impresa darà corso al rimborso delle spese previa detrazione di uno scoperto del 30% fermi i limiti stabiliti per singola garanzia (non si applica per la prevenzione dentaria).

Per le coperture integrative si rinvia all'art. 3.3 – Assicurazione in forma integrativa.

Opzioni Dirigenti Coperture integrative	Opzione 1
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb. Massimale Condizioni PRE/POST <u>Submassimali</u> Terapie Parto Fisiologico Parto Cesareo / Aborto terapeutico Chirurgia refrattiva	 € 300.000 da integrativa 90/90 da integrativa € 5.000 € 3.000 € 6.000 € 1.500 per occhio
Rette di degenza	Nessun sottolimite
Accompagnatore	€ 75 giorno - max. 50 gg
Trasporto dell'assicurato	€ 3.000
Rimpatrio della salma	€ 3.000
Indennità Sostitutiva	€ 120 giorno - max. 100 gg
PRE/POST Sostitutiva	90/90 da integrativa
Ticket sulle prestazioni coperte	100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica Massimale Condizioni	 € 8.000 da integrativa
Visite specialistiche / Accertamenti/Analisi di laboratorio	
Massimale	€ 3.000
Condizioni	da integrativa
- Assistenza infermieristica domiciliare (submassimale)	€ 50 giorno - max. € 1.000
- fisioterapia - agopuntura - logopedia	nell'ambito del massimale € 3.000 sopra indicato
Tratt. fisioterapici ed riabilitativi (da infortunio) Massimale Condizioni	- € 2.500
Lenti/occhiali Massimale Condizioni	NON INCLUSO
Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in rete Membri del nucl. fam. possono beneficiare di tariffe agevolate
Cure dentarie <u>da infortunio</u> Massimale Condizioni	 € 4.000
Cure dentarie <u>da malattia</u> Massimale Condizioni	 € 1.500 da integrativa
Ticket sulle prestazioni coperte	100%

Opzioni Dirigenti Coperture integrative	Opzione 2
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb. Massimale Condizioni PRE/POST Submassimali Terapie Parto Fisiologico Parto Cesareo / Aborto terapeutico Chirurgia refrattiva	 € 500.000 da integrativa 120/120 da integrativa € 5.000 € 5.000 € 8.000 € 1.500 per occhio
Rette di degenza	Nessun sottolimite
Accompagnatore	€ 100 giorno - max. 50 gg
Trasporto dell'assicurato	€ 3.000
Rimpatrio della salma	€ 3.000
Indennità Sostitutiva	€ 150 giorno - max. 100 gg
PRE/POST Sostitutiva	120/120 da integrativa
Ticket sulle prestazioni coperte	100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica Massimale Condizioni	 € 10.000 da integrativa
Visite specialistiche / Accertamenti/Analisi di laboratorio Massimale Condizioni - Assistenza infermieristica domiciliare (submassimale) - fisioterapia - agopuntura - logopedia	 € 4.000 da integrativa € 50 giorno - max. € 1.000 nell'ambito del massimale € 4.000 sopra indicato
Tratt. fisioterapici ed riabilitativi (da infortunio) Massimale Condizioni	 € 2.500
Lenti/occhiali Massimale Condizioni	 € 400 da integrativa
Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in rete Membri del nucl. fam. possono beneficiare di tariffe agevolate
Cure dentarie da infortunio Massimale Condizioni	 € 4.000
Cure dentarie da malattia Massimale Condizioni	 € 2.000 da integrativa
Ticket sulle prestazioni coperte	100%

OPZIONI DIRIGENTI "COMPLETE"

Qualora non diversamente indicato, i massimali si intendono applicati per nucleo e per anno assicurativo.
Scoperti/franchigie si applicano per evento.

Opzioni Dirigenti e Soci-Amministratori Coperture complete	Opzione 1 CON PREVENZIONE DENTARIA
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb. Massimale **In rete** **Fuori rete** PRE/POST Submassimali Terapie Parto Fisiologico Parto Cesareo / Aborto terapeutico Chirurgia refrattiva	 € 500.000 rimborso a 100% scoperto 10% - minimo €500 100/100 gg. € 5.000 (no scoperti/franchigie) €5.000 (no scoperti/franchigie) €10.000 (no scoperti/franchigie) €1.500 per occhio (no scoperti/franchigie)
Rette di degenza	Nessun sottolimite
Accompagnatore	€ 100 giorno - max. 40 gg
Trasporto dell'assicurato	€3.000(no scoperti/franchigie)
Rimpatrio della salma	€3.000 (no scoperti/franchigie)
Indennità Sostitutiva	€ 150 giorno - max. 100 gg
PRE/POST Sostitutiva	100/100 (100%)
Ticket sulle prestazioni coperte	100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica Massimale Condizioni	 € 8.000 scoperto 20% min. € 50
Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici/Analisi di laboratorio Massimale Condizioni - Medicinali (sub-massimale)	 € 3.000 scoperto 20% min. € 50 € 250
- Assistenza Infermieristica Domiciliare (sub-massimale)	€ 50 giorno, max. € 1.500
- fisioterapia - agopuntura - logopedia	nell'ambito del massimale € 3.000 sopra indicato
Tratt. fisioterapici ed riabilitativi (da infortunio) Massimale Condizioni	 € 2.500
Lenti/occhiali Massimale Condizioni	 € 500 franchigia €50
Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in rete. Membri del nucl. fam. possono beneficiare di tariffa agevolate

Opzioni Dirigenti e Soci-Amministratori Coperture complete	Opzione 1 CON PREVENZIONE DENTARIA
Cure dentarie <u>da infortunio</u> Massimale Condizioni	 € 4.000
Cure dentarie <u>da malattia</u> Massimale Condizioni	 € 2.500 scoperto 20%, min. € 150
Ticket sulle prestazioni coperte	100%



9 – CHECK-UP MEDICO

Qualora espressamente richiamata in polizza la specifica clausola, la copertura comprende l'erogazione di un check up medico, finalizzato alla prevenzione e al monitoraggio dello stato di salute dell'assicurato.

La prestazione è riconosciuta una volta sola all'anno e per ciascun assicurato, a partire dal compimento del 30° anno di età,

L'effettiva operatività della prestazione è subordinata:

- alla presenza della specifica clausola di check-up medico inserita in polizza;
- al rispetto del requisito di età;
- all'accesso alle strutture convenzionate e alle procedure di prenotazione previste dalla CENTRALE OPERATIVA.

Nel caso in cui la polizza sia sottoscritta come forma "Nucleo", la prestazione di check-up medico è fornita esclusivamente al dipendente assicurato e non è pertanto estesa agli eventuali familiari inclusi nel nucleo, anche se assicurati per altre prestazioni sanitarie.

Restano ferme tutte le condizioni, esclusioni, limitazioni e disposizioni operative previste dal presente Set Informativo.

Per "CENTRALE OPERATIVA" si intende: la struttura di Mawdy services S.p.A - Strada Trossi, 66 – 13871, Verrone (BI) che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la SOCIETA', provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni previste in polizza, con costi a carico della SOCIETA'.

9.1 - COSA FARE IN CASO DI RICHIESTA DEL CHECK UP

Per richiedere la prestazione l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la CENTRALE OPERATIVA al numero verde:

800.069.841

dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00 ed il sabato dalle ore 8:00 alle ore 12:00

oppure al numero:

+39 015 255.96.57 nel caso si trovi all'estero.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- Nome e cognome;
- Numero di polizza;
- Servizio richiesto;
- Indirizzo del luogo in cui si trova;
- Recapito telefonico al quale potrà essere richiamato.

Se impossibilitato a telefonare, deve scrivere all'indirizzo e-mail:

gsm.vittoria@mawdy.com

inviando il modulo "Richiesta di presa in carico diretta "compilato (disponibile sul sito istituzionale della SOCIETÀ al link www.vittoriaassicurazioni.com, Home/Soluzioni per il tuo lavoro/Industria e Artigianato/Rimborso Spese Sanitarie Collettiva o presso l'Agenzia) e la documentazione richiesta dalla CENTRALE OPERATIVA.

La CENTRALE OPERATIVA provvede a raccogliere tutti i dati necessari all'apertura del SINISTRO.

Al momento dell'accettazione presso la STRUTTURA SANITARIA, l'ASSICURATO deve sottoscrivere il DOCUMENTO DI PRESA IN CARICO

L'elenco delle STRUTTURE SANITARIE convenzionate è disponibile sul sito istituzionale della SOCIETÀ, nella sezione "Centri Convenzionati - Strutture Sanitarie Nazionali".

La rete di STRUTTURE SANITARIE convenzionate è sempre in evoluzione: contattando la CENTRALE OPERATIVA si potrà essere costantemente aggiornati sulle convenzioni in vigore.

9.2 - EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

L'erogazione del check up deve essere preventivamente richiesta alla CENTRALE OPERATIVA che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

In ogni caso, almeno 5 giorni prima della data prevista per la PRESTAZIONE SANITARIA

La CENTRALE OPERATIVA provvederà direttamente a pagare le STRUTTURE SANITARIE e i medici.

Il diritto alla prestazione fornita decade qualora l'Assicurato non abbia preso

contatto con la CENTRALE OPERATIVA al verificarsi del sinistro.

Di seguito vengono riportate le tabelle riepilogative degli esami previsti nel check up medico, articolati per età e sesso dell'assicurato:

Pacchetto Check-up Uomo

Esami previsti per soggetti > 40 anni

Esami previsti fino a 40 anni

Esami di laboratorio standard

Emocromo completo
Glicemia a digiuno
Profilo lipidico (colesterolo totale, HDL/LDL, trigliceridi)
Funzionalità epatica e renale (AST/ALT, GGT, creatinina, azotemia)
Elettroliti (sodio, potassio, cloro)
Urine completo
PSA Totale e PSA Libero per screening prostatico

Visite/accertamenti specialistici

Visita urologica
Visita cardiologica
ECG (elettrocardiogramma)

Pacchetto Check-up Donna

Esami previsti per soggetti > 40 anni

Esami previsti fino a 40 anni

Esami di laboratorio standard

Emocromo completo

Glicemia a digiuno

Profilo lipidico (colesterolo totale, HDL/LDL, trigliceridi)

Funzionalità epatica e renale (AST/ALT, GGT, creatinina, azotemia)

Elettroliti (sodio, potassio, cloro)

Urine completo

Omocisteina e/o vitamina D (opzionale)

Visite/accertamenti specialistici

Visita ginecologica

Pap test

Ecografia transvaginale o pelvica

Ecografia mammaria



Le presenti Condizioni di Assicurazione sono state aggiornate in data 01/07/2026

Vittoria Assicurazioni

Vittoria Assicurazioni S.p.A. | Capitale Sociale Euro 68.297.833 interamente versato | Partita IVA, Codice Fiscale e Registro Imprese di Milano n. 01329510158 | Sede e Direzione: Italia 20149 Milano Via Ignazio Gardella 2 vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it | Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sezione I n.1.00014 | Società facente parte del Gruppo Vittoria Assicurazioni iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi n.008 | Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Yafa S.p.A.