



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Contratto di Assicurazione del Ramo Danni

Rimborso spese sanitarie - Classic

Documento redatto secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”
del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari.



Vittoria
Assicurazioni

Gentile Cliente,

grazie di aver scelto **Vittoria Assicurazioni**.

Con le nostre condizioni di assicurazione, abbiamo il piacere di illustrarle tutte le garanzie e i servizi che il nostro prodotto **Vittoria Rimborso Spese Sanitarie Classic** è in grado di offrirle.

Chi entra nel mondo Vittoria Assicurazioni attraverso la sottoscrizione di una delle nostre soluzioni assicurative, come il prodotto **Vittoria Rimborso Spese Sanitarie Classic**, non soltanto acquisisce un'assicurazione per la tutela della propria salute, ma il supporto e la consulenza di esperti professionisti del settore in grado di assistere al meglio i propri Clienti per ogni esigenza di carattere assicurativo.

Per tutte le risposte e gli approfondimenti sul prodotto **Vittoria Rimborso Spese Sanitarie Classic** i nostri consulenti assicurativi presenti su tutto il territorio nazionale sono a sua disposizione.

Cordialmente

Vittoria Assicurazioni S.p.A.

All'interno delle condizioni di assicurazione, troverà alcuni box di consultazione aventi la stessa grafica utilizzata per il presente riquadro.

I box di consultazione sono degli appositi spazi che hanno lo scopo di chiarire, anche attraverso esempi, quanto contenuto nelle condizioni di assicurazione e/o di evidenziare punti su cui porre particolare attenzione.

Tali spazi non hanno alcun valore contrattuale ma ne costituiscono, in alcuni casi, solo una semplificazione. Per questo motivo è bene tenere in considerazione le condizioni a cui si riferiscono.

Le frasi evidenziate graficamente tramite l'utilizzo di sfondo pieno tono su tono prevedono:

- oneri e obblighi di comportamento a carico del contraente e dell'assicurato;
- nullità e decadenze;
- operatività delle garanzie (limiti ed esclusioni).

Glossario	pag. 3
Il Contratto dalla A alla Z	pag. 5
1 Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?	pag. 5
1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	
1.2 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	
1.3 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI	
1.4 FORMA DELLE COMUNICAZIONI	
2 Come mi assicuro?	pag. 6
2.1 QUANDO E COME DEVO PAGARE	
2.2 DECORRENZA DELLA COPERTURA E SUCCESSIVE SCADENZE DI PREMIO	
2.3 DURATA E PROSECUZIONE DEL CONTRATTO	
2.4 INDICIZZAZIONE	
2.5 POSSIBILITÀ DELLA SOCIETÀ DI MODIFICARE IL PREMIO IN CORSO DI POLIZZA E CONSEGUENTE DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE	
2.6 DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA	
2.7 IMPOSTE E TASSE	
2.8 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	
2.9 FORO COMPETENTE	
2.10 PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE	
2.11 PRESCRIZIONE	
2.12 SOSTITUZIONE E MODIFICHE AL CONTRATTO	
2.13 ESTENSIONE TERRITORIALE	
2.14 RINUNCIA ALLA RIVALSA	
2.15 MODALITÀ DI CALCOLO DEL PREMIO	
Oggetto del contratto	pag. 12
3 Cosa è assicurato?	pag. 12
3.1 RIMBORSO SPESE SANITARIE	
3.2 ANTICIPO INDENNIZZI	
3.3 ALTRI RISCHI COMPRESI	
3.4 DECORRENZA DELLA GARANZIA E PERIODO DI CARENZA	
4 Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?	pag. 15
4.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	
4.2 GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	
4.3 RETTA DELL'ACCOMPAGNATORE	
4.4 ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA	
4.5 INDENNITÀ PER CONVALESCENZA	
4.6 ASSICURAZIONE PER NUCLEO FAMILIARE	

5 Cosa NON è assicurato?	pag. 16
5.1 PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE	
6 Ci sono limiti di copertura?	pag. 17
6.1 ESCLUSIONI	
6.3 SCOPERTI	
6.4 LIMITI DI RIMBORSO	
Cosa fare in caso di Sinistro?	pag. 22
7 Gestione del Sinistro	pag. 22
7.1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO	
7.2 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	
7.3 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO	
Tabella di sintesi degli adempimenti in caso di sinistro	pag. 24
Allegato 1 - Limiti di rimborso per equipe operatoria	pag. 25
Allegato 2 - Elenco Grandi Interventi Chirurgici	pag. 26
Appendice normativa	pag. 29

Glossario: guida alla comprensione del testo

I termini riportati in "GRASSETTO MAIUSCOLO" nelle presenti condizioni di assicurazione hanno il significato a loro attribuito di seguito.

LE PARTI:

- **CONTRAENTE:** il soggetto che stipula l'assicurazione.
- **SOCIETÀ:** Vittoria Assicurazioni S.p.A. ed eventuali Coassicuratrici.

DEFINIZIONI RELATIVE AL CONTRATTO:

- **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI:** i rilevamenti e gli esami eseguiti sull'ammalato che servono per individuare la **MALATTIA** che causa determinati sintomi, effettuati durante il **RICOVERO** oppure in **POLIAMBULATORI DIAGNOSTICI**.
- **ANNO SOLARE:** periodo di 365 giorni (366 per gli anni bisestili) che decorre dalla data di sottoscrizione della **POLIZZA** e termina il corrispondente giorno dell'anno successivo.
- **ASSICURATO:** il soggetto, indicato nominativamente in **POLIZZA**, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
- **ASSISTENZA INFERMIERISTICA:** l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.
- **CONSUMATORE:** inteso come la persona fisica che agisce per scopi estranei rispetto all'attività imprenditoriale commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta.
- **DAY HOSPITAL:** struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, quando eroghi prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti.
- **EQUIPE OPERATORIA:** per equipe operatoria si intende il chirurgo, l'aiuto, l'anestesista e ogni altro professionista partecipante attivamente all'**INTERVENTO CHIRURGICO**.
- **FISIOCHINESITERAPIA:** terapie specifiche (marconiterapia, radarterapia, ultrasuoni, kinesiterapia e simili) - prescritte dal medico curante - praticate in strutture ambulatoriali specialistiche regolarmente autorizzate alla **FISIOCHINESITERAPIA** od in strutture ambulatoriali di **ISTITUTI DI CURA**.
- **GARANZIA:** è la copertura assicurativa sui **RISCHI** che regola le modalità di **INDENNIZZO** che la **SOCIETÀ** si impegna a corrispondere a seguito di un **SINISTRO**.
- **INFORTUNIO:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
- **INTERVENTO CHIRURGICO:** l'insieme delle operazioni volte a riparare, ricostruire, riperire in sede, asportare o sostituire una parte dell'organismo colpito da **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, comprese le gessature, che viene attuato con manovre manuali o strumentali cruenta, con o senza **RICOVERO**.
- **ISTITUTO DI CURA:** istituto universitario, ospedale, casa di cura, regolarmente utilizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di **DAY HOSPITAL**. 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, gli ospedali militari.

- **INDENNIZZO/RIMBORSO:** somma dovuta all'**ASSICURATO** in caso di **SINISTRO**.
- **MALATTIA:** ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da **INFORTUNIO** e oggettivamente riscontrabile.
- **MALFORMAZIONE o DIFETTO FISICO:** alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico.
- **MALATTIA TERMINALE:** **MALATTIA** a prognosi infausta per la sopravvivenza che comporta per l'**ASSICURATO** la non autosufficienza, l'incapacità a mantenere una vita indipendente, od anche a svolgere le comuni attività quotidiane.
- **NUCLEO FAMILIARE:** nucleo costituito dal **CONTRAENTE**, il coniuge e/o i figli anche se non conviventi, il convivente more uxorio, purchè tutti risultanti dallo stato di famiglia e nominativamente individuati in **POLIZZA**.
- **POLIAMBULATORI DIAGNOSTICI:** struttura poliambulatoriale regolarmente autorizzata per gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche.
- **POLIZZA/CONTRATTO:** il documento che prova l'assicurazione e regola i rapporti tra le **PARTI**.
- **PREMIO:** la somma dovuta dal **CONTRAENTE** alla **SOCIETÀ**.
- **RICOVERO:** permanenza in **ISTITUTO DI CURA** con pernottamento o permanenza diurna in **DAY HOSPITAL**.
- **RISCHIO:** la probabilità che si verifichi un evento futuro ed incerto, in grado di provocare conseguenze dannose.
- **SCOPERTO:** parte del danno indennizzabile espressa in percentuale sull'ammontare del danno che rimane a carico dell'**ASSICURATO**.
- **SINISTRO:** il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
- **SOMMA ASSICURATA:** somma massima per la quale la **SOCIETÀ** presta le coperture previste in **POLIZZA** per ogni **ASSICURATO** o per **NUCLEO FAMILIARE**.
- **VISITA SPECIALISTICA:** visita effettuata da medico in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

Il Contratto dalla A alla Z

In questa parte sono contenute le norme che, ove non espressamente derogate, regolano il **CONTRATTO**. Il **CONTRATTO** è inoltre disciplinato dalle norme di legge applicabili. Nell'Appendice Normativa è riportato il testo integrale degli articoli citati nelle Condizioni di Assicurazione ed applicabili al **CONTRATTO**.

1 Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?

Sono contenuti ed illustrati nel dettaglio gli obblighi che sono contrattualmente previsti per **CONTRAENTE**, **ASSICURATO** e **SOCIETÀ**.

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

È particolarmente importante per la **SOCIETÀ** che al momento della conclusione del **CONTRATTO**, il **CONTRAENTE** e l'**ASSICURATO** (se persona diversa al **CONTRAENTE**) forniscano una serie di informazioni necessarie alla corretta valutazione del **RISCHIO**. Pertanto, in caso di eventuali inesattezze e reticenze da parte del **CONTRAENTE** e/o dell'**ASSICURATO** sulle suddette informazioni, tali da compromettere la corretta valutazione del **RISCHIO**, quest'ultimo potrebbe subire la perdita totale o parziale del proprio diritto all'**INDENNIZZO** nonché la cessazione della **POLIZZA**¹.

Cosa si intende per "RISCHIO"?

Come riportato nel Glossario del presente **CONTRATTO**, in ambito assicurativo viene definito **RISCHIO** la probabilità che si verifichi un evento futuro e incerto in grado di provocare conseguenze dannose.

Ad esempio, rientra nella definizione di **RISCHIO** la probabilità che l'**ASSICURATO** contragga una **MALATTIA**.

1.2 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se il **CONTRAENTE** ha sottoscritto diversi contratti assicurativi per i medesimi **RISCHI** coperti dalla presente **POLIZZA**, deve darne comunicazione alla **SOCIETÀ**.

Se il **CONTRAENTE**, infatti, omette dolosamente di dare tale comunicazione, la **SOCIETÀ** non è tenuta a corrispondere l'**INDENNIZZO/ RIMBORSO**.

La **SOCIETÀ**, entro 30 giorni dalla comunicazione suindicata, può recedere dalla **POLIZZA** con preavviso di almeno 15 giorni e restituisce al **CONTRAENTE** la quota di **PREMIO** pagata e non goduta.

In caso di **SINISTRO**, il **CONTRAENTE** deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri².

1.3 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Se il **CONTRATTO** è stipulato per conto altrui, il **CONTRAENTE** deve adempiere agli obblighi

¹ Articoli 1892 e 1893 del Codice Civile

² Articolo 1910 del Codice Civile

da esso derivanti, ad eccezione di quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'**ASSICURATO**³.

1.4 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Ogni comunicazione deve essere fatta con lettera raccomandata o PEC all'Agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA** o alla Direzione della **SOCIETÀ** ai seguenti indirizzi:

- Vittoria Assicurazioni S.p.a., Via Ignazio Gardella 2, 20149 Milano;
- vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it

2 Come mi assicuro?

*In questa parte sono contenute ed illustrate nel dettaglio le condizioni operative secondo le quali la **SOCIETÀ** presta le garanzie offerte dal presente **CONTRATTO**.*

2.1 QUANDO E COME DEVO PAGARE

La prima rata di **PREMIO** o l'eventuale **PREMIO** unico pattuito devono essere pagati alla consegna della **POLIZZA**.

Il pagamento deve essere eseguito esclusivamente presso l'Agenzia cui è assegnata la **POLIZZA** o presso la sede della **SOCIETÀ**.

Le rate successive devono essere pagate alle scadenze previste.

La **SOCIETÀ** rilascia quietanza contenente data del pagamento e firma della persona autorizzata a riscuotere il **PREMIO**.

Se il **CONTRAENTE** ha aderito al sistema di pagamento tramite SEPA Direct Debit⁴, le modalità di pagamento delle rate sono disciplinate dall'allegato al **CONTRATTO** "SEPA Direct Debit".

Se il **CONTRAENTE** ha optato per l'addebito continuativo su carta di credito, le modalità di pagamento sono disciplinate dalle disposizioni contenute nell'allegato "Pagamento frazionato del premio tramite Addebito Continuativo su Carta di Credito", che forma parte integrante del **CONTRATTO**.

La sottoscrizione della **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 e a pagare il **PREMIO** o le rate di **PREMIO** alle scadenze convenute.

Quanto sopra fermo restando il contenuto di cui al precedente art. 1.2. "ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI".

2.2 DECORRENZA DELLA COPERTURA E SUCCESSIVE SCADENZE DI PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui è sottoscritta la **POLIZZA** se il **PREMIO** è stato pagato, a meno che la **POLIZZA** stabilisca una data successiva.

In caso diverso decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite.

Le rate successive alla prima possono essere pagate entro il 15° giorno dalla scadenza, 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 stabilite⁵.

³ Articolo 1891 del Codice Civile

⁴ Consistente nell'addebito automatico su conto corrente

⁵ Articolo 1901 del Codice Civile

Per i contratti poliennali:

- la **SOCIETÀ** può prevedere frazionamenti del **PREMIO** diversi da quello mensile (per esempio, al posto di rate mensili prevedere rate annuali);
- la **SOCIETÀ** può esercitare questa facoltà ad ogni scadenza di **ANNO SOLARE** comunicando tale intenzione al **CONTRAENTE** almeno 60 giorni prima della suddetta scadenza. In tal caso il **CONTRAENTE** può recedere dal contratto comunicando il recesso alla **SOCIETÀ** almeno 15 giorni prima della scadenza dell'**ANNO SOLARE**.

2.3 DURATA E PROSECUZIONE DEL CONTRATTO

Il **CONTRATTO** può avere durata annuale o poliennale con possibilità di tacito rinnovo per periodi di un anno per ciascuna proroga.

Se la durata della **POLIZZA** è superiore a cinque anni, il **CONTRAENTE**, trascorso il quinquennio, può recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità in cui ha esercitato il recesso.

La **POLIZZA** di durata non inferiore ad 1 anno, giunta alla sua naturale scadenza ed in assenza di disdetta data da una delle **PARTI**, è prorogata una o più volte, per una durata di 1 anno per ciascuna proroga.

La disdetta, in quest'ultimo caso, deve essere data, nelle forme indicate all'articolo 1.4 "**FORMA DELLE COMUNICAZIONI**", almeno 30 giorni prima della scadenza della **POLIZZA** se il **CONTRATTO** è stipulato con un **CONSUMATORE** (se non **CONSUMATORE**, 60 giorni prima della scadenza della **POLIZZA**).

2.4 INDICIZZAZIONE

Le **SOMME ASSICURATE**, i limiti di **INDENNIZZO/RIMBORSO** ed il **PREMIO** sono soggetti ad adeguamento dell'indice dei "Servizi Sanitari e Spese per la salute" pubblicato dall'ISTAT, in conformità a quanto segue:

- a) nel corso di ogni **ANNO SOLARE** sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;
- b) in fase di rinnovo della **POLIZZA**, in caso di una variazione in più od in meno rispetto all'indice inizialmente adottato, o ad indice equivalente a quello inizialmente adottato, le **SOMME ASSICURATE**, i limiti di **RIMBORSO** ed il **PREMIO** verranno aumentati o ridotti in proporzione;
- c) l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annua dietro rilascio all'**ASSICURATO** di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Se, in conseguenza della variazione dell'indice, le **SOMME ASSICURATE**, i limiti di **RIMBORSO** ed il **PREMIO** superano il doppio degli importi inizialmente stabiliti, è facoltà delle **PARTI** rinunciare, con comunicazione scritta da inviare all'altra **PARTE**, all'aggiornamento della **POLIZZA** e le **SOMME ASSICURATE**, i limiti di **RIMBORSO** ed il **PREMIO** rimarranno quelli risultanti dall'ultimo aggiornamento effettuato.

In caso di eventuale ritardo od interruzione nella pubblicazione dell'indice, la **SOCIETÀ** comunicherà l'adeguamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento. È facoltà del **CONTRAENTE** rinunciare a tale adeguamento comunicandolo nelle forme di cui all'art. 1.4 "**FORME DELLA COMUNICAZIONE**".

Esempio di indicizzazione:

Data di effetto della POLIZZA: 1/12/2020

Data scadenza POLIZZA: 1/12/2021

Indice ISTAT rilevato a giugno 2020: 100

Indice ISTAT rilevato a giugno 2021: 102

Variazione indice ISTAT tra giugno 2020 e giugno 2021: +2%

	1/12/2020	1/12/2021
SOMMA ASSICURATA	€ 100.000	€ 102.000
PREMIO	€ 500	€ 510

2.5 POSSIBILITÀ DELLA SOCIETÀ DI MODIFICARE IL PREMIO IN CORSO DI CONTRATTO E CONSEGUENTE DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE

Ad ogni scadenza annuale, ferma la concessione dello sconto legato alla maggior durata in caso di **POLIZZA** poliennale, la **SOCIETÀ** ha la facoltà di modificare il **PREMIO** della presente **POLIZZA**, in aggiunta a quanto previsto agli articoli 2.4 "*INDICIZZAZIONE*" e 2.15 "*MODALITÀ DI CALCOLO DEL PREMIO*".

La variazione di **PREMIO** è evidenziata sulla quietanza rilasciata al **CONTRAENTE** che, pagando il **PREMIO** così modificato, acconsente al rinnovo del contratto alle nuove condizioni.

Se il **CONTRAENTE** non accetta le nuove condizioni di **PREMIO**, astenendosi dal pagamento, l'assicurazione cesserà automaticamente dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e si intenderà risolta senza alcuna formalità.

2.6 DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA

In caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza, se il **CONTRATTO** è stipulato da un **CONSUMATORE**, il **CONTRAENTE** può recedere dal contratto nei 14 giorni successivi al perfezionamento della **POLIZZA** avvenuto con il pagamento del **PREMIO**, tramite richiesta scritta da inviare nelle modalità previste dall'art. 1.4 "*FORMA DELLE COMUNICAZIONI*".

In tal caso la **SOCIETÀ** trattiene la quota parte di **PREMIO** relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

Cosa si intende per "tecnica di comunicazione a distanza"?

Si intende qualunque tecnica di contatto con la clientela che, senza la presenza fisica e simultanea del distributore e del **CONTRAENTE** (ad esempio internet), viene utilizzata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi.

2.7 IMPOSTE E TASSE

Il **PREMIO** è comprensivo di imposte ed oneri fiscali in vigore ed è a carico del **CONTRAENTE**.

2.8 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

2.9 FORO COMPETENTE

Per le eventuali controversie relative a questo contratto, il foro competente è quello del luogo di residenza o di domicilio del **CONTRAENTE** o dell'**ASSICURATO** (se diverso).

2.10 PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE

Per tutte le controversie nascenti, o comunque collegate a questo contratto, per le quali non è stato possibile raggiungere una soluzione amichevole, prima di promuovere un giudizio è obbligatorio effettuare un tentativo di mediazione⁶.

L'Organismo di mediazione prescelto potrebbe prevedere la possibilità di svolgere la mediazione in forma telematica (on line).

In ogni caso la **PARTE** richiedente si impegna:

- 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 **SOCIETÀ** della relativa istanza: **mediazione@pec.vittoriaassicurazioni.it**;
- a richiedere all'Organismo di Mediazione un preavviso di almeno 15 giorni lavorativi per il primo incontro di mediazione.

Si applicherà il regolamento di mediazione dell'Organismo.

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.

2.11 PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dalle prestazioni e garanzie di cui alla presente **POLIZZA** si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda⁷.

2.12 SOSTITUZIONE E MODIFICHE AL CONTRATTO

Ogni variazione al **CONTRATTO** deve essere effettuata per iscritto e debitamente sottoscritta dalle **PARTI**.

2.13 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

2.14 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La **SOCIETÀ** rinuncia, a favore degli aventi diritto, all'azione di surroga verso i terzi responsabili.

⁶ In base al disposto dell'Art.5 Condizione di procedibilità e rapporti con il processo" del DECRETO LEGISLATIVO 4 marzo 2010 N°28 e successive modifiche. 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.

Se il **CONTRATTO** è stato stipulato con un **CONSUMATORE**, ai sensi dell'art. 33 del Codice del Consumo, il tentativo di mediazione si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione presenti nel luogo di residenza o domicilio elettivo dell'**ASSICURATO**. La **PARTE** che viene chiamata in mediazione (sia la **SOCIETÀ**, sia l'**ASSICURATO**) può anche non partecipare alla procedura di mediazione, comunicando per iscritto all'organismo di mediazione prescelto le ragioni che giustificano la mancata partecipazione. Al tentativo di mediazione si applicherà il regolamento, 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.

⁷ Articolo 2952 del Codice Civile

2.15 MODALITA' DI CALCOLO DEL PREMIO

Il **PREMIO** iniziale è determinato in base all'età degli **ASSICURATI** indicati in **POLIZZA** al momento della stipulazione.

Per le annualità successive e fino alla scadenza contrattuale, il **PREMIO** aumenterà in base ai coefficienti indicati nel successivo riquadro, in modo da tener conto dell'incremento di età, come di seguito esposto:

- si esegue la somma dei coefficienti relativi all'età di ogni **ASSICURATO** alla data della precedente scadenza anniversaria;
- si esegue la somma dei coefficienti relativi all'età di ogni **ASSICURATO** alla data della scadenza anniversaria in considerazione;
- si esegue la differenza tra i due totali;
- si divide il risultato di cui al punto c) per la somma di cui al punto a) e si moltiplica il risultato per cento.

Il numero così ottenuto corrisponde alla percentuale di aumento da applicare al **PREMIO** della precedente scadenza anniversaria, fermo quanto previsto all'articolo 2.4 "INDICIZZAZIONE".

L'importo del **PREMIO** così calcolato risulterà nel documento che ad ogni scadenza anniversaria, e fino alla scadenza finale della **POLIZZA**, la **SOCIETÀ** presenterà al **CONTRAENTE**.

Resta inteso che nessun aumento è invece dovuto in caso di aggravamento dello stato di salute degli **ASSICURATI** determinatosi successivamente alla stipulazione della **POLIZZA**.

RIQUADRO DEI COEFFICIENTI PER ETÀ					
Età	Coefficiente	Età	Coefficiente	Età	Coefficiente
1	29,00	26	77,66	51	123,63
2	29,70	27	79,01	52	126,05
3	30,43	28	80,51	53	128,62
4	31,11	29	81,87	54	131,26
5	31,87	30	83,37	55	133,90
6	32,70	31	84,80	56	136,62
7	33,52	32	86,30	57	140,47
8	34,50	33	87,94	58	143,47
9	35,38	34	89,51	59	146,40
10	36,91	35	91,15	60	149,46
11	38,94	36	91,15	61	152,61
12	41,46	37	92,79	62	155,82
13	44,42	38	94,58	63	159,03
14	47,82	39	96,36	64	162,38
15	49,32	40	98,14	65	165,81
16	52,32	41	101,86	66	169,38
17	55,25	42	103,78	67	173,02
18	58,17	43	105,78	68	176,73
19	61,10	44	107,75	69	180,51
20	64,10	45	109,99	70	184,37
21	67,17	46	112,13	71	188,31
22	70,16	47	114,28	72	192,48
23	73,73	48	116,56	73	196,95
24	75,02	49	118,84	74	201,81
25	76,37	50	121,13		

Esempio di calcolo dell'aumento del PREMIO per aumento età degli ASSICURATI:

Anno iniziale

PREMIO: 1.500 euro

ASSICURATO 1: età 56 anni, coefficiente 136,62

ASSICURATO 2: età 50 anni, coefficiente 121,13

Somma coefficienti = 257,75

Anno successivo

ASSICURATO 1: età 57 anni, coefficiente 140,47

ASSICURATO 2: età 51 anni, coefficiente 123,63

Somma coefficienti = 264,10

Differenza coefficienti = $264,10 - 257,75 = 6,35$ Differenza diviso somma dei coefficienti iniziali = $6,35 / 257,75 = 2,46\%$ Aumento del PREMIO = $2,46\% \times 1.500 \text{ euro} = 36,95 \text{ euro}$ Nuovo PREMIO nell'anno successivo (al netto dell'indicizzazione) = $1.500 + 36,95$
= 1.536,95 euro

Oggetto del Contratto

3 Cosa è assicurato?

In questa parte sono contenute ed illustrate nel dettaglio le **GARANZIE** operanti se richiamate in **POLIZZA**

3.1 RIMBORSO SPESE SANITARIE

La **SOCIETÀ** garantisce il **RIMBORSO** delle spese sostenute dall'**ASSICURATO** per le seguenti prestazioni sanitarie, fino alla concorrenza, per **ANNO SOLARE**, della **SOMMA ASSICURATA** indicata in **POLIZZA** e riferita al totale delle prestazioni.

a) Rimborso spese di ricovero e intervento chirurgico

In caso di **RICOVERO**, anche in **DAY HOSPITAL**, o **INTERVENTO CHIRURGICO** anche ambulatoriale, resi necessari da **MALATTIA** o da **INFORTUNIO**, la **SOCIETÀ** rimborsa le spese sostenute dall'**ASSICURATO** per:

- onorari dell'**EQUIPE OPERATORIA**, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, cure, fisiochinesiterapia, medicinali, accertamenti diagnostici effettuati durante il predetto **RICOVERO** o **INTERVENTO CHIRURGICO**.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

Indennità sostitutiva del rimborso

Se non risultano spese a carico dell'**ASSICURATO**, in quanto i costi relativi al **RICOVERO** sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente, la **SOCIETÀ** corrisponde all'**ASSICURATO**:

- un'indennità di 100 euro per ogni pernottamento;
- un'indennità di 60 euro per ogni giorno di **RICOVERO** in regime di **DAY HOSPITAL**.

Se le spese di **RICOVERO** sono solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente, l'**ASSICURATO** può scegliere tra l'indennità sostitutiva o il **RIMBORSO** dell'eccedenza di spesa rimasta a suo carico.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

b) Prestazioni sanitarie precedenti o successive ad un ricovero o ad un intervento

Sono inoltre rimborsabili, purchè pertinenti alla **MALATTIA** o all'**INFORTUNIO** che ha reso necessario il **RICOVERO** o l'**INTERVENTO CHIRURGICO**, le spese sostenute in **ISTITUTI DI CURA** e Centri Specializzati, nonché presso medici specialisti, per:

- **VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI** (compresi gli onorari medici), **FISIOCHINESITERAPIA**, nei 90 giorni precedenti un **RICOVERO** o un **INTERVENTO CHIRURGICO**;
- **VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI** (compresi gli onorari medici), medicinali, **FISIOCHINESITERAPIA**, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) nei 120 giorni successivi ad un **RICOVERO** o ad un **INTERVENTO CHIRURGICO**;

- trattamenti di chemioterapia e radioterapia per la cura delle neoplasie maligne a carattere invasivo (eccetto la leucemia linfatica cronica), dei tumori dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale, del morbo di Hodgkin, purchè la situazione patologica sia comprovata da referto istopatologico o da certificazione di **ISTITUTO DI CURA**.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "Ci sono limiti di copertura?".

c) Cure e Protesi dentarie

Sono comprese in **GARANZIA** le cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o **INFORTUNIO**, quest'ultimo comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico oppure, se consentito da leggi o regolamenti locali, di Pronto Soccorso prestato da altre strutture sanitarie.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "Ci sono limiti di copertura?".

d) Chirurgia plastica ricostruttiva

Sono compresi in **GARANZIA** gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da **INFORTUNIO** quest'ultimo comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico oppure, se consentito da leggi o regolamenti locali, di Pronto Soccorso prestato da altre strutture sanitarie..

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "Ci sono limiti di copertura?".

e) Trasporto in ambulanza

E' compreso in **GARANZIA** il trasporto dell'**ASSICURATO** con ambulanza in **ISTITUTO DI CURA**, da un **ISTITUTO DI CURA** all'altro e per il ritorno al proprio domicilio.

La necessità del trasporto deve essere certificata da un medico.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "Ci sono limiti di copertura?".

f) Parto

Sono compresi in **GARANZIA** il parto (cesareo e non cesareo) e l'aborto terapeutico.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "Ci sono limiti di copertura?".

g) Cure ai figli neonati ed adottati

Vengono estese al neonato e al minore in affidamento preadottivo le prestazioni "RIMBORSO SPESE SANITARIE" di cui all'art. 3.1, se previste in **POLIZZA** in favore dell'**ASSICURATA**.

La **GARANZIA** è operante:

- per il neonato, nei primi 365 giorni di vita, e negli stessi termini previsti per l'**ASSICURATA** al momento del parto;
- per i minori in affidamento preadottivo, nei primi 365 giorni di affidamento, e negli stessi termini previsti per l'**ASSICURATA** al momento dell'affidamento.

Per il neonato sono comprese anche le cure rese necessarie da **MALFORMAZIONI** e **DIFETTI FISICI**.

h) Trapianti di organi

Sono rimborsate le spese sostenute per gli **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**, l'assistenza medica ed infermieristica, l'**INTERVENTO CHIRURGICO** di espianto, le cure, i medicinali, le rette di degenza ed il trasporto di organi o di parti di essi. Le **GARANZIE** prestate a favore dell'**ASSICURATO** che riceve la donazione, operano anche per il **RICOVERO** ospedaliero relativo al donatore.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "Ci sono limiti di copertura?".

3.2 ANTICIPO INDENNIZZI

Nel caso in cui l'**ISTITUTO DI CURA** richieda come deposito un importo superiore a Euro 2.600, la **SOCIETÀ** anticiperà all'**ASSICURATO** che ne faccia richiesta, entro il limite della **SOMMA ASSICURATA**, l'importo occorrente per tale deposito.

Tale anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sul diritto all'**INDENNIZZO**;
- sia presentata la certificazione dell'**ISTITUTO DI CURA** che attesti l'avvenuta richiesta del deposito ed il tipo di **INTERVENTO** da effettuare;
- l'**ASSICURATO** indichi la presunta data del **RICOVERO**, che non può essere oltre il 30° giorno dalla data della richiesta di anticipo. Trascorso tale periodo la **SOCIETÀ** avrà diritto di richiedere la restituzione di detto anticipo in caso di verificato mancato **RICOVERO**.

La **SOCIETÀ** avrà comunque diritto di richiedere la restituzione dell'anticipo in ogni caso di accertata inesistenza del diritto all'**INDENNIZZO** a termini di **POLIZZA**.

3.3 ALTRI RISCHI COMPRESI

La **SOCIETÀ** garantisce il **RIMBORSO** delle spese sostenute dall'**ASSICURATO** a seguito di **RICOVERI** per **INFORTUNI**:

- derivanti da malore o incoscienza dell'**ASSICURATO**;
- derivanti da colpa grave dell'**ASSICURATO**;
- derivanti da tumulti popolari a condizione che l'**ASSICURATO** non vi abbia preso parte attiva;
- avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra, guerra civile, invasione, 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.

La **GARANZIA** è prestata nei limiti e con le esclusioni indicati agli articoli 5 "Cosa non è assicurato?" e 6 "Ci sono limiti di copertura?".

3.4 DECORRENZA DELLA GARANZIA E PERIODO DI CARENZA

Fermo quanto indicato nell'articolo 2.2 "**DECORRENZA DELLA COPERTURA E SUCCESSIVE SCADENZE DI PREMIO**", la **GARANZIA** inizia:

- a) dal momento in cui ha effetto la **POLIZZA**, per gli **INFORTUNI**;
- b) dal 180° giorno successivo per le conseguenze di **MALATTIE** diagnosticate, o sottoposte ad accertamenti, o curate anteriormente alla stipulazione della **POLIZZA**, purché dichiarate dagli **ASSICURATI** nel questionario sanitario e non esplicitamente escluse dalla **SOCIETÀ** mediante specifica appendice contrattuale;
- c) dal 300° giorno successivo per il parto e per le patologie varicose manifestatesi dopo la stipulazione della **POLIZZA**;
- d) dal 180° giorno successivo per le **MALATTIE**, diverse da quelle indicate al precedente punto b), non conosciute dall'**ASSICURATO** ma insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione della **POLIZZA** stessa;
- e) dal 30° giorno successivo per le altre **MALATTIE**, non ricomprese nei casi b) e d).

Per l'aborto terapeutico e per le **MALATTIE** dipendenti da gravidanza o puerperio, la **GARANZIA** è operante - con il termine di carenza di 90 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto della **POLIZZA**.

Se la **POLIZZA** è stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra **POLIZZA**

riguardante gli stessi **ASSICURATI**, i periodi di carenza di cui sopra operano:

- dal giorno in cui ha avuto effetto la **POLIZZA** sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da quest'ultima, se presenti anche nella **POLIZZA** sostituita;
- dal giorno in cui ha effetto la **POLIZZA** sostituita, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Le presenti norme per il caso di sostituzione valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di una stessa **POLIZZA**.

4 Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?

Il **CONTRAENTE** può attivare le seguenti **GARANZIE** opzionali, operative se espressamente richiamate in **POLIZZA**, valide entro la **SOMMA ASSICURATA** indicata in **POLIZZA**, con le esclusioni e i limiti di **RIMBORSO** previsti nell'articolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

4.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La **SOCIETÀ** rimborsa anche le spese rese necessarie da **INFORTUNIO** o **MALATTIA** e sostenute dall'**ASSICURATO** per:

- onorari medici per **VISITE SPECIALISTICHE**;
- **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI** di seguito elencati prescritti dal medico curante:
 - angiografia;
 - artrografia;
 - coronografia;
 - e.c.g. dinamico Holter;
 - ecocardiografia;
 - ecodoppler ;
 - endoscopie;
 - elettroencefalografia;
 - fluorangiografia;
 - esame urodinamico completo (compresi eventuali test farmacologici);
 - densitometria ossea computerizzata (DOC);
 - mineralogia ossea computerizzata (MOC);
 - risonanza magnetica nucleare (RMN);
 - scintigrafia per patologie cardiovascolari od oncologiche;
 - tomografia assiale computerizzata (TAC).

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

Al **PREMIO** della presente **GARANZIA** non si applica la variazione per età dell'**ASSICURATO** prevista all'art. 2.15 "*MODALITÀ DI CALCOLO DEL PREMIO*".

4.2 GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

In caso di **INTERVENTO CHIRURGICO** compreso nell'allegato "*Elenco Grandi Interventi Chirurgici*", la **SOMMA ASSICURATA** indicata in **POLIZZA** per la **GARANZIA** "*RIMBORSO SPESE SANITARIE*" si intende aumentata del 50%.

Tutti i trapianti d'organo si intendono Grandi Interventi Chirurgici.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

4.3 RETTA DELL'ACCOMPAGNATORE

La **SOCIETÀ** rimborsa, con i limiti indicati nel successivo capitolo "Ci sono limiti di copertura?" e fino al limite giornaliero indicato in **POLIZZA**, le spese per il vitto ed il pernottamento in **ISTITUTO DI CURA** dell'accompagnatore.

Al **PREMIO** della presente **GARANZIA** non si applica la variazione per età dell'**ASSICURATO** prevista all'art. 2.15 "MODALITÀ DI CALCOLO DEL PREMIO".

4.4 ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA

La **SOCIETÀ** rimborsa, con i limiti indicati nel successivo capitolo "Ci sono limiti di copertura?" e fino al limite giornaliero indicato in **POLIZZA**, le spese sostenute dall'**ASSICURATO** per l'assistenza fornita da personale infermieristico qualificato durante il **RICOVERO**.

Al **PREMIO** della presente **GARANZIA** non si applica la variazione per età dell'**ASSICURATO** prevista all'art. 2.15 "MODALITÀ DI CALCOLO DEL PREMIO".

4.5 INDENNITÀ PER CONVALESCENZA

In caso di convalida successiva ad un **RICOVERO** in **ISTITUTO DI CURA** o **INTERVENTO CHIRURGICO** in regime di **DAY HOSPITAL**, la **SOCIETÀ** corrisponderà:

- una indennità forfetaria di 500 euro, se il **RICOVERO** ha comportato una degenza continuativa pari o inferiore a 10 giorni;
- una indennità giornaliera di 100 euro, a decorrere dal giorno successivo a quello della dimissione dall'**ISTITUTO DI CURA** e fino a quello della guarigione clinica, se il **RICOVERO** ha comportato una degenza continuativa superiore a 10 giorni.

Al **PREMIO** della presente **GARANZIA** non si applica la variazione per età dell'**ASSICURATO** prevista all'art. 2.15 "MODALITÀ DI CALCOLO DEL PREMIO".

OPZIONE CON RIDUZIONE DEL PREMIO

4.6 ASSICURAZIONE PER NUCLEO FAMILIARE

(attivabile solo nei casi in cui **CONTRAENTE** ed **ASSICURATO** coincidono)

Per le **GARANZIE** "RIMBORSO SPESE SANITARIE" e "VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI", la **SOMMA ASSICURATA** indicata in **POLIZZA** è riferita alla totalità degli **ASSICURATI** indicati in **POLIZZA**.

5 Cosa NON è assicurato?

In questa parte sono contenuti ed illustrati nel dettaglio i **RISCHI** esclusi dalle coperture assicurative

5.1 PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Non sono assicurabili, 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.

In tal caso la **SOCIETA'** restituisce al **CONTRAENTE** la parte di **PREMIO**, al netto delle imposte, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui la **SOCIETA'** 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.

6 Ci sono limiti di copertura?

*In questa parte sono contenuti ed illustrati nel dettaglio le informazioni relative agli eventi per i quali non è operante la garanzia, nonché a **SCOPERTI** e limiti di **INDENNIZZO/RIMBORSO** previsti dal **CONTRATTO**.*

6.1 ESCLUSIONI E VARIAZIONI IN CORSO DI POLIZZA

L'assicurazione non comprende:

- a) le conseguenze dirette di **INFORTUNI**, nonché le **MALATTIE** conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione della **POLIZZA**, sottaciuti alla **SOCIETA'** con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione e, in ogni caso, non comprese in **GARANZIA** mediante specifico atto contrattuale;
- b) gli **INFORTUNI** derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere;
- c) gli **INFORTUNI** derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità⁸, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti, oppure dalla partecipazione ad imprese di carattere eccezionale o temerario (salvo che si tratti di atti compiuti dall'**ASSICURATO** per dovere di solidarietà umana, o per legittima difesa, ferme restando le altre esclusioni previste dal presente articolo). Sono altresì esclusi gli **INFORTUNI** derivanti da uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici ed automobilistici;
- d) gli **INFORTUNI** conseguenti a stato di intossicazione acuta da alcool;
- e) gli **INFORTUNI** sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- f) le prestazioni per l'accertamento e l'eliminazione o correzione di **MALFORMAZIONI** o **DIFETTI FISICI**. Questa esclusione non è valida per il neonato coperto con la prestazione "Cure ai figli neonati ed adottati";
- g) le **MALATTIE** mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad "esaurimento nervoso";
- h) le prestazioni per intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici ed a uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- i) l'aborto volontario non terapeutico, nonché le cure, gli accertamenti diagnostici e gli **INTERVENTI CHIRURGICI** per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza.;
- j) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da **INFORTUNIO**), nonché quelle dietologiche, fitoterapiche, omeopatiche, le paradontopatie, le cure e le protesi dentarie (salvo quelle necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o **INFORTUNIO**), le lenti a contatto e gli occhiali, la cheratomia radiale fino a 3 diottrie di miopia e/o 3 diottrie di astigmatismo miotico;
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite

⁸ Le gare di regolarità sono delle competizioni a carattere non agonistico come per esempio i raduni di auto e di moto

come paziente per applicazioni radioterapiche;

- l) eventi causati da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- m) gli **INTERVENTI CHIRURGICI** e i **RICOVERI** determinati da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate;
- n) le patologie varicose manifestatesi, secondo giudizio medico, prima della stipulazione della **POLIZZA**;
- o) gli **INFORTUNI** derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine.
- p) le manifestazioni cliniche e relativi trattamenti diagnostici e terapeutici, riguardanti sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze.

Le **GARANZIE** non operano in caso di tentato suicidio e atti di autolesionismo dell'**ASSICURATO**.

Per la **GARANZIA** "*Rimborso spese sanitarie*", in caso di **DAY HOSPITAL** sono escluse le prestazioni sanitarie riferite a **VISITE SPECIALISTICHE**, analisi cliniche e gli esami eseguiti ai soli fini diagnostici.

L'assicurazione, inoltre, non comprende:

- fisioterapie e cure rieducative e termali, medicinali;
- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici.

Per la **GARANZIA** "*Visite specialistiche e accertamenti diagnostici*", sono escluse le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche.

Per la **GARANZIA** "*Indennità per convalescenza*", sono esclusi i **RICOVERI**:

- per qualsiasi tipo di parto;
- per aborto;
- per **MALATTIE** della gravidanza e del puerperio;
- in regime di **DAY HOSPITAL**, salvo quelli relativi ad **INTERVENTO CHIRURGICO**.

Nel caso intervenissero variazioni contrattuali nel corso di **POLIZZA**, comportanti un aumento degli importi assicurati o prestazioni diverse, le disposizioni di cui alle precedenti esclusioni a), f) e n), si applicheranno dalla data della variazione del **CONTRATTO**. Per variazione si intende anche la sostituzione della **POLIZZA** nel corso della sua durata, con altra riconducibile allo stesso prodotto.

Per variazione si intende anche la sostituzione di altra **POLIZZA** precedentemente in corso con la **SOCIETÀ**.

6.2 SCOPERTI

Cosa è lo “SCOPERTO”?

E' una parte dell'ammontare del danno, espressa in percentuale, che rimane obbligatoriamente a carico dell'ASSICURATO per ogni SINISTRO.

Cosa è il “MINIMO” di SCOPERTO?

E' il valore di riferimento, espresso in Euro, per l'applicazione dello SCOPERTO:

- se il valore in Euro dello SCOPERTO è superiore al MINIMO, resta a carico dell'ASSICURATO lo SCOPERTO;
- se il valore in Euro dello SCOPERTO è pari o inferiore al MINIMO, resta a carico dell'ASSICURATO il MINIMO.

Esempio: SCOPERTO 20% con il MINIMO di 50 euro

Valore della VISITA SPECIALISTICA: € 300

SCOPERTO = 20% = € 60

MINIMO = € 50

RIMBORSO: € 300,00 - € 60 = € 240 poiché rimane a carico dell'ASSICURATO lo SCOPERTO pari al 20%.

Valore della VISITA SPECIALISTICA: € 200

SCOPERTO = 20% = € 40

MINIMO = € 50

RIMBORSO: € 300 - € 50 = € 250 poiché rimane a carico dell'ASSICURATO il MINIMO di SCOPERTO.

Per la **GARANZIA** “*Rimborso spese sanitarie*”:

- in caso di **INTERVENTO CHIRURGICO** (con o senza **RICOVERO**), la **SOCIETA'** rimborsa con l'applicazione di uno **SCOPERTO** del 20%. L'importo dello **SCOPERTO** non potrà superare 1.500 euro. Lo **SCOPERTO** non si applica alla prestazione “*Trapianti di organi*” e alla **GARANZIA** “*Grandi Interventi Chirurgici*”;
- le “*Prestazioni sanitarie precedenti o successive ad un ricovero o ad un intervento*”, sono rimborsate dalla **SOCIETA'** con l'applicazione di uno **SCOPERTO** del 20%, con il minimo di 50 euro per ogni **SINISTRO**.

Per la **GARANZIA** “*Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici*”, la **SOCIETA'** rimborsa con l'applicazione di uno **SCOPERTO** del 20%, con il minimo di 50 euro per ogni **SINISTRO**.

6.3 LIMITI DI RIMBORSO

Cosa si intende per “LIMITE DI RIMBORSO”?

Per “LIMITE DI RIMBORSO” si intende l'importo massimo entro il quale la SOCIETÀ' è impegnata ad offrire la copertura assicurativa; rappresenta quindi l'obbligazione massima della SOCIETÀ in caso di SINISTRO, per capitale, interessi e spese per una determinata prestazione o garanzia.

Il LIMITE DI RIMBORSO può essere fissato per ogni SINISTRO e/o per anno assicurativo.

Esempi di applicazione di LIMITE DI RIMBORSO per una determinata prestazione:

- 1) LIMITE DI RIMBORSO € 3.000 per SINISTRO: la SOCIETÀ pagherà massimo € 3.000 per ciascun SINISTRO; non è fissato un limite per anno assicurativo, quindi la SOCIETÀ pagherà tutti i SINISTRI che avverranno nel corso dell'anno assicurativo (max € 3.000 ciascuno), fermo restando il limite complessivo dato dalla SOMMA ASSICURATA indicata in POLIZZA;
- 2) LIMITE DI RIMBORSO € 3.000 per SINISTRO e per anno assicurativo: la SOCIETÀ pagherà massimo € 3.000 nel corso dell'anno assicurativo (es. 2 SINISTRI da € 1.500).

- in caso di **RICOVERO** (anche in regime di **DAY HOSPITAL**) senza **INTERVENTO CHIRURGICO**, l'importo massimo di **RIMBORSO** per le prestazioni sanitarie, e le rette di degenza è determinato in base alla durata del **RICOVERO** (numero di giorni di degenza, con pernottamento o diurna):
 - fino a 3 giorni: 3.000 euro;
 - da 4 a 7 giorni: 5.000 euro;
 - da 8 a 15 giorni: 7.500 euro;
 - oltre 15 giorni: 12.500 euro.
- per gli **INTERVENTI CHIRURGICI** (con o senza **RICOVERO**) rientranti tra quelli elencati nell'allegato 1, le spese per l'equipe operatoria sono rimborsate entro i limiti indicati nell'allegato medesimo.

In caso di **INTERVENTI CHIRURGICI** concomitanti (ovvero con la medesima via di accesso chirurgica):

- se tutti gli **INTERVENTI CHIRURGICI** sono compresi nell'allegato 1, per l'intervento che prevede il limite di **RIMBORSO** più elevato, si rimborsano le spese di equipe operatoria sino alla concorrenza di tale limite; per tutti gli altri **INTERVENTI CHIRURGICI**, i limiti di rimborso previsti sono ridotti all'80%;
- se non tutti gli **INTERVENTI CHIRURGICI** sono compresi nell'allegato 1, per gli **INTERVENTI CHIRURGICI** compresi, le spese di equipe operatoria sono rimborsate sino alla concorrenza dell'80% dei limiti previsti; gli **INTERVENTI CHIRURGICI** non compresi sono invece rimborsati con applicazione dello **SCOPERTO**, secondo quanto indicato all'art. 6.2 “Scoperti”.

Nella seguente tabella sono riportati gli altri limiti di **INDENNIZZO/RIMBORSO**.

RIFERIMENTO (art.)	PRESTAZIONE (se assicurata in base a quanto risulta in POLIZZA)	LIMITE DI RIMBORSO (per anno assicurativo, se non diversamente indicato)
Cosa è assicurato? Art. 3.1 Rimborso spese sanitarie	Rette di degenza	Max € 250 al giorno Nessun limite giornaliero in caso di trapianti di organi
Cosa è assicurato? Art. 3.1 Rimborso spese sanitarie	Cure	dialisi: max 15 applicazioni
Cosa è assicurato? Art. 3.1 Rimborso spese sanitarie	Indennità sostitutiva del rimborso (spese a carico del SSN)	- RICOVERO : max 50 pernottamenti - in DAY HOSPITAL : max 50 giorni - prestazioni sanitarie precedenti o successive a ricovero o intervento: max € 2.500 per ASSICURATO
Cosa è assicurato? Art. 3.1 Rimborso spese sanitarie	Prestazioni sanitarie precedenti o successive a ricovero o intervento	Max € 2.500 per ASSICURATO
Cosa è assicurato? Art. 3.1 Rimborso spese sanitarie	Cure e Protesi dentarie	Max € 3.000 per SINISTRO
Cosa è assicurato? Art. 3.1 Rimborso spese sanitarie	Trasporto dell' ASSICURATO con ambulanza	Max € 1.500
Cosa è assicurato? Art. 3.1 Rimborso spese sanitarie	Parto	<ul style="list-style-type: none"> • Parto non cesareo e aborto terapeutico: max € 2.500 per SINISTRO (il limite non si applica in caso di aborto spontaneo o post-traumatico) • Parto cesareo: max 5.000 per SINISTRO • Parto a domicilio: RIMBORSO forfetario di 1.000 euro
Cosa è assicurato? Opzione 4.1	Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici	Max € 2.500 per ASSICURATO
Cosa è assicurato? Opzione 4.3	Retta dell'accompagnatore	Max 60 giorni per ASSICURATO
Cosa è assicurato? Opzione 4.4	Assistenza infermieristica ospedaliera	Max 30 giorni per ASSICURATO
Cosa è assicurato? Opzione 4.5	Indennità giornaliera per convalescenza	Max 60 giorni, con limite di 4 volte i giorni di durata del RICOVERO

Cosa fare in caso di Sinistro?

7 Gestione del Sinistro

*Negli articoli seguenti sono contenuti ed illustrati nel dettaglio gli obblighi delle **PARTI** e le indicazioni generali relative alla gestione dei **SINISTRI**.*

7.1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA** oppure alla **SOCIETA'** entro 5 giorni da quando ne abbia avuto la possibilità.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al **RIMBORSO**.

La denuncia del **SINISTRO** deve essere inviata unitamente alla certificazione medica.

L'**ASSICURATO** deve sottoporsi, anche in fase di ricovero, agli esami e controlli medici disposti dalla **SOCIETA'** 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.

L'**ASSICURATO** deve fornire, in caso di **RICOVERO** o **INTERVENTO CHIRURGICO** ambulatoriale, copia della cartella clinica completa ovvero della documentazione medica completa, laddove la prima non fosse presente, integrata dagli originali delle prescrizioni mediche e dalla descrizione dettagliata degli **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI** e delle altre prestazioni sanitarie in garanzia, anche se precedenti o successive al **RICOVERO** o all'**INTERVENTO CHIRURGICO** ambulatoriale.

In caso di **ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO** o di altra prestazione sanitaria non collegata ad un **RICOVERO** o ad un **INTERVENTO CHIRURGICO** ambulatoriale, l'**ASSICURATO** deve fornire la prescrizione del medico curante attestante la **MALATTIA** o l'**INFORTUNIO** e gli esiti degli **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**.

L'**ASSICURATO** deve inoltre presentare gli originali delle fatture e delle notule fiscalmente regolari e quietanzate.

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**.

7.2 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sul diritto dell'**ASSICURATO** al pagamento delle indennità, le **PARTI** possono demandare la decisione ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sulla scelta del terzo medico, questo sarà individuato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio, cioè nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'**ASSICURATO**. Ciascuna delle **PARTI** paga le spese e le competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, senza procedure formali, e sono vincolanti tra le **PARTI** le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle **PARTI**.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le **PARTI** anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

7.3 PAGAMENTO DEL RIMBORSO

A cura ultimata, la liquidazione del **SINISTRO** viene effettuata - inviando apposito atto di transazione e quietanza - entro 30 giorni dal ricevimento da parte della **SOCIETÀ** del certificato di guarigione o di equivalente dichiarazione da parte dell'**ASSICURATO**, salvo che siano emersi motivi d'inoperatività della garanzia.

Il pagamento del **RIMBORSO** è eseguito, in valuta corrente in Italia, presso la sede della **SOCIETÀ** o dell'Agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA**, entro 15 giorni dal ricevimento dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto, corredato degli eventuali documenti specificati nell'atto stesso.

La **SOCIETÀ** effettua, nei termini previsti in **POLIZZA**, il pagamento del **RIMBORSO** delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del **SINISTRO**, comunque non oltre 1 anno dalla scadenza della **POLIZZA**.

Si considera come data del **SINISTRO** il giorno in cui si è verificato il **RICOVERO** o, se non vi è stato **RICOVERO**, l'**INTERVENTO CHIRURGICO** ambulatoriale o altra prestazione sanitaria assicurata, fermo quanto previsto all'art. 3.3 "**DECORRENZA DELLA GARANZIA E PERIODO DI CARENZA**".

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.

Nel caso in cui il **RISCHIO** relativo alla presente **POLIZZA** sia ripartito fra più imprese di assicurazione (c.d. coassicurazione), ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Se in relazione al **SINISTRO** è stata aperta una procedura giudiziaria (civile, penale e/o amministrativa), oppure se è stata avviata una procedura di natura conciliativa, la **SOCIETÀ** si riserva la facoltà di attendere la conclusione definitiva della procedura, prima di procedere con la liquidazione nei termini sopra descritti.

Tabella di sintesi degli adempimenti in caso di Sinistro

Cosa fare ENTRO 5 GIORNI	Adempimenti necessari per la liquidazione del danno
<p>La denuncia del SINISTRO deve essere fatta alla direzione della SOCIETÀ o all'agenzia cui è assegnata la POLIZZA entro 5 giorni da quando il CONTRAENTE/ASSICURATO ne abbia avuto la possibilità.</p>	<p>Alla denuncia del SINISTRO deve essere allegata la copia della cartella clinica completa, il certificato di guarigione o equivalente dichiarazione.</p> <p>L'ASSICURATO deve consentire alla SOCIETÀ di svolgere le indagini e gli adempimenti necessari, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.</p>

Allegato 1 - Limiti di rimborso per equipe operatoria

Per gli **INTERVENTI CHIRURGICI** di seguito elencati, le spese per l'intera equipe operatoria sono rimborsate con i seguenti limiti per **SINISTRO**:

APPARATO GENITALE MASCHILE	CHIRURGIA VASCOLARE
<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 2.100 - Circoncisione di fimosi con o senza frenulo plastica 	<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 3.800 - Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche (CHIVA)
CHIRURGIA GENERALE	
INTESTINO DIGIUNO – ILEO – COLON – RETTO - ANO	
<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 3.300 - Intervento chirurgico radicale per emorroidi e ragadi - Intervento chirurgico radicale per emorroidi 	<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 1.600 -Varicectomia con o senza legatura di vene comunicanti (come unico intervento)
<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 3.800 - Appendicectomia semplice a freddo 	GINECOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 5.700 - Appendicectomia con peritonite diffusa 	<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 1.600 - Asportazione di cisti ovarica intralegamentosa - Miomectomie per via laparotomica e ricostruzione plastica dell'utero
FEGATO E VIE BILIARI	<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 2.800 - Miomectomie per via vaginale - Isteroscopia operativa: intervento per ablazione endometriale, rimozione di corpi estranei, intervento per sinechie-setti-fibromi-polipi
<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 6.100 - Colecistectomia 	<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 14.200 - Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con o senza linfadenectomia
PARETE ADDOMINALE	<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 14.200 - Intervento di isterectomia totale semplice, con annessiectomia mono/bilaterale per via laparotomica o per via vaginale
<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 5.700 - Intervento per laparocele 	OCULISTICA
<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 4.100 - Interventi per ernie addominali 	CRISTALLINO
CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 2.900 - Cataratta, asportazione con eventuale impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore
<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 1.300 - Asportazione di neoplasie e/o cisti benigne 	OTORINOLARINGOIATRIA
CHIRURGIA DELLA MANO	FARINGE – CAVO ORALE – OROFARINGE – GHIANDOLE SALIVARI
<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 3.300 - Aponeurectomia per morbo di Dupuytren - Interventi per morbo di Notta (dito a scatto), morbo di Quervan, tenosiviti - Sindromi del tunnel carpale 	<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 3.300 - Tonsillectomia
	NASO E SENI PARANASALI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 3.300 - Adenotonsillectomia - Settoplastica ricostruttiva o funzionale con o senza turbinotomia
INTERVENTI CRUENTI	UROLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 7.700 - Ernia del disco 	ENDOSCOPIA OPERATIVA
<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 4.900 - Intervento alla cuffia dei rotatori con o senza acromioplastica - Meniscectomia (in artroscopia)+rimozione di corpi mobili+condroabrasione (trattamento completo) - Osteosintesi medi segmenti 	<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 3.300 - Calcoli uretrali, estrazione con sonde apposite
<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 10.900 - Osteosintesi grandi segmenti 	<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 7.100 - Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVF)
<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 4.400 - Osteosintesi piccoli segmenti 	

Allegato 2 - Elenco Grandi Interventi Chirurgici

CARDIOCHIRURGIA	CHIRURGIA GENERALE
<ul style="list-style-type: none"> • Bypass aorto coronarici multipli • Bypass aorto coronarico singolo • Cardiocirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti • Interventi per Fistola arterovenose del polmone • Sostituzione valvolare singola (C.E.C.) • Sostituzione valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.) • Valvuloplastica chirurgica 	<p>INTESTINO DIGIUNO – ILEO – COLON – RETTO - ANO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia, del retto <p>PANCREAS – MILZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia • Intervento per fistola pancreatica • Interventi per Neoplasie del pancreas endocrino • Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia • Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia) • Interventi demolitivi per Pancreatite acuta <p>STOMACO – DUODENO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervento per fistola gastro-digiuno colica • Gastrectomia totale con linfadenectomia
CHIRURGIA DELLA MANO	CHIRURGIA ORO – MAXILLO – FACCIALE
<ul style="list-style-type: none"> • Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia • Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento) • Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgia della Fossa pterigo-mascellare • Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale • Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario
CHIRURGIA GENERALE	CHIRURGIA PEDIATRICA
<p>COLLO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono/bilaterale <p>ESOFAGO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia • Resezione parziale dell'esofago • Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia <p>FEGATO E VIE BILIARI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica cava • Deconnessione azygos-portale per via addominale • Resezioni epatiche maggiori <p>INTESTINO DIGIUNO – ILEO – COLON – RETTO - ANO</p> <ul style="list-style-type: none"> • By-pass gastro intestinali o intestinali per patologie maligne • Colectomia totale • Colectomia totale con linfadenectomia • Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia • Intervento Hartmann • Procto – colectomia totale con pouch ileale • Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia • Amputazione del Retto per neoplasia dell'ano, con linfadenectomia inguinale bilaterale 	<ul style="list-style-type: none"> • Asportazione tumore di Wilms • Intervento per cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene) • Neuroblastoma addominale • Neuroblastoma endotoracico • Neuroblastoma pelvico • Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi) • Occlusione intestinale del neonato – ileomeconiale : resezione con anastomosi primitiva • Occlusione intestinale del neonato – ileomeconiale : resezione secondo Mickulicz <p>CHIRURGIA TORACO – POLMONARE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervento per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili • Interventi di fistole esofago – bronchiali • Neoplasie maligne della trachea • Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino • Pleurectomie • Pleropneumectomia • Intervento di pneumectomia • Resezione bronchiale con reimpianto

CHIRURGIA VASCOLARE
• Aneurismi aorta addominale + dissecazione : resezione e trapianto
• Pseudoaneurismi post – traumatici o iatrogeni
• Tromboendarteriectomia aorto – iliaca ed eventuale plastica vasale
• Tromboendarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
• Tromboendarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
• Tromboendarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
GINECOLOGIA
• Eviscerazione pelvica
• Intervento di vulvectomy radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e pelvica
NEUROCHIRURGIA
• Anastomosi vasi intra-extra cranici
• Intervento per ascesso o ematoma intracranico
• Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
• Interventi di cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolarie varie
• Asportazione di corpo estraneo intracranico
• Cranioplastica
• Craniotomia per ematoma extradurale
• Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
• Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
• Intervento per derivazione liquorale diretta ed indiretta
• Intervento per epilessia focale
• Fistola liquorale
• Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico
• Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta
• Ipofisi, intervento per via tranfenoidale
• Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
• Laminectomia per tumori intramidollari
• Asportazione di neoplasie endocraniche o aneurismi
• Intervento endorachideo per neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari
• Nefrotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
• Plastica volta cranica
• Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
• Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica
• Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
• Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
• Intervento per traumi vertebro-midollari via anteriore

NEUROCHIRURGIA
• Traumi vertebro-midollari via posteriore
• Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
• Tumori della base cranica, intervento per via transorale
• Intervento per tumori orbitari
OCULISTICA
ORBITA
• Operazione di Kronlein od orbitotomia
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
INTERVENTI CRUENTI
• Artrodesi vertebrale per via anteriore
• Artrodesi vertebrale per via posteriore
• Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
• Artroprotesi spalla, parziale
• Artroprotesi spalla , totale
• Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)
• Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)
• Artroprotesi: ginocchio
• Artroprotesi: gomito, tibiotarsica
• Disarticolazione interscapolo toracica
• Disarticolazione, grandi
• Emipelvectomy
• Emipelvectomy “interne” con salvataggio dell’arto
• Osteosintesi vertebrale
• Reimpianti di arto o suo segmento
• Intervento per riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale
• Scoliosi
• Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg
• Asportazione di tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali
• Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)
OTORINOLARINGOIATRIA
NASO E SENI PARANASALI
• Asportazione di tumori maligni del naso o dei seni
ORECCHIO
• Antroatticotomia con labirintectomia
• Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica
• Nervo vestibolare, sezione del
• Neurinoma dell’ottavo paio
• Petrosectomia
LARINGE E IPOFARINGE
• Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale
• Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale

OTORINOLARINGOIATRIA

LARINGE E IPOFARINGE

- Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale
- Laringofaringectomia totale

UROLOGIA

RENE

- Eminefrectomia
- Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
- Intervento di nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia
- Nefroureterectomia radicale più trattamento trombocavale (compresa surrenectomia)
- Surrenectomia (trattamento completo)

URETERE

- Ureterocutaneostomia bilaterale

UROLOGIA

URETERE

- Intervento di ureteroenteroplastiche con tasche continenti (bilaterale)
- Intervento di ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale)

VESCICA

- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Eutrofia vescicole (trattamento completo)
- Intervento per fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica

In questa parte sono riportati nel dettaglio gli articoli di **LEGGE** richiamati nelle Condizioni di Assicurazione.

CODICE CIVILE

Art. 1891 – Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenti con dolo e colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione .

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenti senza dolo e colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1899 - Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.

L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni.

Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso, e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

Articolo 5 del Decreto Legislativo n. 28 del 2010 - Condizione di procedibilità e rapporti con il processo

1.1 omissis

1-bis. Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa a una controversia in materia di condominio, diritti reali, divisione, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazione, comodato, affitto di aziende, risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria e da diffamazione con il mezzo della stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari, è tenuto, assistito dall'avvocato, preliminarmente a esperire il procedimento di mediazione ai sensi del presente decreto ovvero il procedimento di conciliazione previsto dal decreto legislativo 8 ottobre 2007, n. 179, ovvero il procedimento istituito in attuazione dell'articolo 128-bis del testo unico delle leggi in materia bancaria e creditizia di cui al decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385, e successive modificazioni, per le materie ivi regolate. L'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. La presente disposizione ha efficacia per i quattro anni successivi alla data della sua entrata in vigore. Al termine di due anni dalla medesima data di entrata in vigore è attivato su iniziativa del Ministero della giustizia il monitoraggio degli esiti di tale sperimentazione. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice ove rilevi che la mediazione è già iniziata, ma non si è conclusa, fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6. Allo stesso modo provvede quando la mediazione non è stata esperita, assegnando contestualmente alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione. Il presente comma non si applica alle azioni previste dagli articoli 37, 140 e 140-bis del codice del consumo di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, e successive modificazioni

2. Fermo quanto previsto dal comma 1-bis e salvo quanto disposto dai commi 3 e 4, il giudice, anche in sede di giudizio di appello, valutata la natura della causa, lo stato dell'istruzione e il comportamento delle parti, può disporre l'esperimento del procedimento di mediazione; in tal caso l'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale anche in sede di giudizio di appello. Il provvedimento di cui al periodo precedente è adottato prima dell'udienza di precisazione delle conclusioni ovvero, quando tale udienza non è prevista, prima della discussione della causa. Il giudice fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6 e, quando la mediazione non è già stata avviata, assegna contestualmente alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione.

2-bis. Quando l'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale; la condizione si considera averata se il primo incontro dinanzi al mediatore si conclude senza l'accordo.

3. Lo svolgimento della mediazione non preclude in ogni caso la concessione dei provvedimenti urgenti e cautelari, né la trascrizione della domanda giudiziale.

4. I commi 1-bis e 2 non si applicano: a) nei procedimenti per ingiunzione, inclusa l'opposizione, fino alla pronuncia sulle istanze di concessione e sospensione della provvisoria esecuzione; b) nei procedimenti per convalida di licenza o sfratto, fino al mutamento del rito di cui all'articolo 667 del codice di procedura civile; c) nei procedimenti di consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite, di cui all'articolo 696-bis del codice di procedura civile; d) nei procedimenti possessori, fino alla pronuncia dei provvedimenti di cui all'articolo 703, terzo comma, del codice di procedura civile; e) nei procedimenti di opposizione o incidentali di cognizione relativi all'esecuzione forzata; f) nei procedimenti in camera di consiglio; g) nell'azione civile esercitata nel processo penale.

5. Fermo quanto previsto dal comma 1-bis e salvo quanto disposto dai commi 3 e 4, se il

contratto, lo statuto ovvero l'atto costitutivo dell'ente prevedono una clausola di mediazione o conciliazione e il tentativo non risulta esperito, il giudice o l'arbitro, su eccezione di parte, proposta nella prima difesa, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione e fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6. Allo stesso modo il giudice o l'arbitro fissa la successiva udienza quando la mediazione o il tentativo di conciliazione sono iniziati, ma non conclusi. La domanda è presentata davanti all'organismo indicato dalla clausola, se iscritto nel registro, ovvero, in mancanza, davanti a un altro organismo iscritto, fermo il rispetto del criterio di cui all'articolo 4, comma 1. In ogni caso, le parti possono concordare, successivamente al contratto o allo statuto o all'atto costitutivo, l'individuazione di un diverso organismo iscritto.

6. Dal momento della comunicazione alle altre parti, la domanda di mediazione produce sulla prescrizione i medesimi effetti della domanda giudiziale. Dalla stessa data, la domanda di mediazione impedisce altresì la decadenza per una sola volta, ma se il tentativo fallisce la domanda giudiziale deve essere proposta entro il medesimo termine di decadenza, decorrente dal deposito del verbale di cui all'articolo 11 presso la segreteria dell'organismo.



Data dell'ultimo aggiornamento del presente documento 10/12/2020



Vittoria
Assicurazioni

Vittoria Assicurazioni S.p.A. | Capitale Sociale Euro 67.378.924 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.

PB027400-CGA-EDZ-1220 - RIMBORSO SPESE SANITARIE - CLASSIC