



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Contratto di Assicurazione del Ramo Danni

Rimborso spese sanitarie Elite per Confcommercio

Il presente documento contenente:

- Glossario
- Condizioni di Polizza

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta



CONFCOMMERCIO
IMPRESE PER L'ITALIA



Vittoria
Assicurazioni

Indice

Area Riservata	pag. 2
----------------	--------

Condizioni di Assicurazione

1 – Glossario	pag. 9
---------------	--------

2 - Condizioni Generali di Assicurazione	pag. 12
--	---------

3 – Sezione Rimborso spese sanitarie	pag. 18
--------------------------------------	---------

4 - Condizioni Particolari	pag. 29
----------------------------	---------

5 - Denuncia e liquidazione dei sinistri, Servizio Mapfre	pag. 31
---	---------

Allegato “Elenco Grandi Interventi Chirurgici”	pag. 33
--	---------

Norme Operative

Premessa	pag. 36
----------	---------

Chi è e come opera Mapfre	pag. 37
---------------------------	---------

Precisazioni sulle prestazioni di Mapfre	pag. 38
--	---------

Come accedere alle prestazioni di Mapfre	pag. 39
--	---------

Modalità di pagamento e rimborso	pag. 40
----------------------------------	---------

Sezione Assistenza	pag. 43
--------------------	---------

AREA RISERVATA

In ottemperanza al Provvedimento MASS 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)	Sottolimito di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)
Intervento chirurgico	3.3	Per gli altri interventi chirurgici diversi, scoperto 20% con minimo € 1.000 e massimo euro 3,000 per sinistro. Per le spese precedenti e successive al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale e per spese per diagnostica, chemioterapia e radioterapia, scoperto del 20% (con minimo € 100 per sinistro se effettuate presso strutture e medici non convenzionati).	Limitatamente alle prestazioni erogate all'Assicurato da medici chirurghi convenzionati, il rimborso delle spese sarà effettuato detraendo una franchigia pari a euro 900 o 1.800 a seconda dell'opzione scelta	Quando le prestazioni sono erogate all'Assicurato da strutture sanitarie e medici convenzionati con la Struttura Organizzativa, il pagamento sarà effettuato direttamente a strutture e medici previa applicazione, per i chirurghi, delle eventuali franchigie opzionali se richiamate. Se le prestazioni sanitarie sono erogate all'Assicurato da strutture sanitarie e medici non convenzionati con la Struttura organizzativa oppure da strutture sanitarie convenzionate con la Struttura Organizzativa e medici non convenzionati: 1) in caso di intervento chirurgico, massimo indennizzo fino ad € 5.000 per sinistro per le spese dell'equipe operatoria in caso di interventi per adenoidectomia, appendicectomia, ernie addominali, emorroidectomia, safenectomia radicale e tonsillectomia; per gli altri interventi chirurgici, massimo di € 3.000 per sinistro e le spese relative alla struttura sanitaria sono rimborsate integralmente.
Spese sanitarie da ricovero senza intervento chirurgico	3.2 3.3	Non previsto	Non prevista	Se le prestazioni sanitarie sono erogate all'Assicurato da strutture sanitarie e medici non convenzionati con la Struttura organizzativa oppure da strutture sanitarie convenzionate con la Struttura Organizzativa e medici non convenzionati, massimo fino € 600 per ricoveri in terapia intensiva e per cure oncologiche, € 250 per altri ricoveri. Le spese relative alla struttura sanitaria sono rimborsate integralmente. E' previsto anche un limite per dialisi di 30 applicazioni per anno.
Prestazioni sanitarie precedenti ad un ricovero o intervento	3.2 3.3	20% a carico dell'Assicurato, con il minimo di € 100 per sinistro se le spese sono state sostenute presso strutture e medici non convenzionati.	Non prevista	Per visite specialistiche e accertamenti diagnostici, fisiochinesiterapia, sono rimborsate le spese sostenute nei 90 giorni precedenti al ricovero o all'intervento

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)	Sottolimito di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)
Prestazioni sanitarie successive ad un ricovero o intervento	3.2 3.3	20% a carico dell'Assicurato, con il minimo di € 100 per sinistro se le spese sono state sostenute presso strutture e medici non convenzionati.	Non prevista	Per visite specialistiche e accertamenti diagnostici, medicinali, fisiochinesiterapia, sono rimborsate le spese sostenute nei 120 giorni successivi al ricovero o all'intervento e purché queste prestazioni siano ad essi inerenti
Trasporto dell'Assicurato con ambulanza	3.2	Non previsto	Non prevista	Rimborso massimo € 3.500 per anno assicurativo
Vitto e pernottamento di un accompagnatore	3.2	Non previsto	Non prevista	Periodo non superiore a 60 giorni per ricovero. In caso di ricovero all'estero, fino ad un massimo € 2.500 per anno, sono rimborsate anche le spese sostenute dal familiare accompagnatore per il viaggio e vitto e pernottamento in struttura alberghiera
Cure e protesi dentarie	3.2	Non previsto	Non prevista	Per le protesi, rimborso massimo € 7.000 per sinistro
Parto non cesareo e aborto terapeutico	3.2	Non previsto	Non prevista	Limite massimo € 5.000 per sinistro
Parto cesareo	3.2	Non previsto	Non prevista	Limite massimo € 10.000 per sinistro

GARANZIE AGGIUNTIVE

Indennità sostitutiva del rimborso (ricovero a totale carico SSN)	3.2	Non previsto	Non previsto	Indennità pari a € 200 per ogni pernottamento con massimo 100 pernottamenti per anno; indennità pari a € 100 per ogni giorno di ricovero in day hospital con massimo 100 giorni per anno
Cure termali	3.2	Non previsto	Non previsto	Sono comprese le spese sostenute per cure termali praticate in conseguenza di ricovero o intervento chirurgico nei 120 giorni successivi
Assistenza domiciliare per malattie terminali	3.2	Non previsto	Non previsto	Sono rimborsate le spese per assistenza domiciliare continuativa fino a euro 250 per ogni giorno e per massimo 120 giorni per anno; in alternativa a scelta dell'assicurato, assistenza infermieristica professionale a domicilio fino a € 150 per giorno e per massimo 90 giorni per anno

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)	Sottolimito di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)
Assistenza infermieristica privata	3.2	Non previsto	Non previsto	Rimborso spese durante il ricovero e nei 90 giorni successivi presso il domicilio dell'assicurato per assistenza infermieristica fino ad € 3.500 per anno assicurativo elevati ad € 5.000 per trapianto di organi
Diagnostica, chemioterapia e radioterapia	3.2	Non previsto	Non previsto	a seconda della tipologia di spese, rimborso massimo fino ad € 7.000 oppure € 1.200 per anno.
Tossicodipendenza, alcolismo, A.I.D.S. e malattie mentali	3.2	Non previsto	Non previsto	Fermo quanto previsto relativamente alle persone non assicurabili, rimborso spese massimo € 200 per ogni giorno di ricovero in centri specializzati e per massimo 100 giorni. Tale estensione vale solo per primo ricovero. In caso di A.I.D.S., somma massima pari ad euro 7.000 fermo restando che l'assicurazione cessa indipendentemente dall'esito delle cure; in caso di malattie mentali, rimborso delle spese sostenute durante il ricovero fino euro 200 per ogni giorno e per massimo 100 giorni.
Medicina preventiva	3.2	Non previsto	Non previsto	Dopo i 30 anni d'età, check-up ogni due anni a decorrere dal terzo anno di vita del contratto presso le strutture convenzionate
Ricoveri all'estero	3.4	Non previsto	Non previsto	Qualora non si utilizzino servizi convenzionati con la Struttura Organizzativa, la modalità di indennizzo diretto è inapplicabile: l'assicurato dovrà pertanto provvedere personalmente al pagamento delle spese sostenute che verranno poi rimborsate in Italia

CONDIZIONI PARTICOLARI

Franchigia opzionale	4.1 4.2	Non previsto	Limitatamente alle prestazioni erogate all'Assicurato da medici chirurghi convenzionati, il rimborso delle spese sarà effettuato detraendo una franchigia pari a euro 900 o 1.800 a seconda dell'opzione scelta	In caso di corresponsione dell'indennità sostitutiva, la stessa verrà corrisposta a partire dall'ottavo giorno di ricovero, fermo il massimo di 100 pernottamenti (o giorni in caso di day hospital) per anno
----------------------	------------	--------------	---	---

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)	Sottolimito di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)
Grandi Interventi chirurgici	4.3	Non previsto	Non previsto	Garanzia valida per i rimborsi oggetto dell'Assicurazione sostenute esclusivamente in occasione di Grandi Interventi Chirurgici individuati in apposito elenco. Non sono operanti le garanzie legate alla Tossicodipendenza, alcolismo, A.I.D.S., malattie mentali e medicina preventiva.
Assistenza diagnostica e trattamenti di fisiochinesiterapia	4.4	Resta a carico dell'Assicurato il 20% delle spese sostenute, con il minimo di € 100 per ogni serie di accertamenti diagnostici previsti da un'unica prescrizione medica e per ogni ciclo di fisiochinesiterapia.	Non previsto	Rimborso massimo € 3.000 per anno e per ogni assicurato delle spese - non rientranti in altre garanzie - per trattamenti di fisiochinesiterapia e accertamenti diagnostici con esclusione degli esami del sangue, delle urine e delle feci
Visite specialistiche	4.5	Resta a carico dell'Assicurato il 20% delle spese sostenute, con il minimo di € 100 per ogni visita specialistica	Non previsto	L'Impresa, fino al limite previsto dalla Condizione Particolare relativa all'Assistenza diagnostica e trattamenti di fisiochinesiterapia, rimborsa anche le spese sostenute dall'assicurato per onorari di visite specialistiche, escluse quelle pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche

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)	Sottolimiti di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)
Un medico a casa	Sezione Assistenza	Costo a carico assicurato nel caso di invio medico fuori orari stabiliti	Non previsto	Il costo a carico della Compagnia nei giorni feriali dalle 20 alle 8, sabato e prefestivi dalle 14 alle 24, nei festivi 24 ore su 24.
Ambulanza per il trasporto in istituto di cura in Italia	Sezione Assistenza	Non previsto	Non previsto	Limite massimo euro 200 per evento
Recapito di medicinali urgenti all'estero	Sezione Assistenza	Il costo dei medicinali a totale carico dell'Assicurato	Non previsto	La prestazione non è operante se sono reperibili in loco specialità equivalenti o se le specialità richieste non sono registrate in Italia. L'Impresa tiene a proprio carico le spese relative al reperimento ed al recapito dei medicinali.
Un familiare accanto	Sezione Assistenza	Spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare a proprio carico	Non previsto	I medici devono ritenere che l'assicurato non sia trasferibile al proprio domicilio entro 5 giorni dalla data di ricovero: in tal caso, a carico della Struttura Organizzativa le spese di viaggio andata e ritorno del familiare
Rientro sanitario	Sezione Assistenza	Escluse spese cerimonia funebre	Non previsto	Limite massimo euro 2.600 per evento
Trasferimento in un centro ospedaliero specializzato	Sezione Assistenza	Non previsto	Non previsto	Limite massimo rimborso euro 26.000 per determinate prestazioni identificate
Un accompagnatore e/o un mezzo di trasporto	Sezione Assistenza	Non previsto	Non previsto	Qualora l'assicurato, nei 30 giorni successivi alle dimissioni, necessiti di un accompagnatore e/o mezzo di trasporto: massimo euro 500 per anno assicurativo e per singolo assicurato

Garanzia o bene colpito da sinistro (se assicurato in base a quanto risulta in polizza)	Riferimen- to (art.)	Scoperto (per sinistro salvo diversa indicazione)	Franchigia (per sinistro salvo diversa indicazione)	Sottolimito di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)
Interprete a disposizione	Sezione Assistenza	Non previsto	Non previsto	Nel caso di ricovero all'estero con necessità di un interprete, limite rimborso di Euro 150 per anno assicurativo e singolo assicurato
Invio di un fisioterapista (in Italia)	Sezione Assistenza	Non previsto	Non previsto	Limite massimo rimborso spese di Euro 260 per periodo di copertura assicurativa
Seconda Opinione Medica	Sezione Assistenza	Non previsto	Non previsto	L'Impresa terrà a proprio carico le spese sino ad un massimo di euro 500 per periodo di copertura assicurativa per acquisto biglietto aereo per assicurato e eventuale accompagnatore in caso di consulenza tramite videoconferenza

Ai sotto elencati termini, le Parti attribuiscono il seguente significato.

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Le indagini diagnostiche effettuate durante il ricovero oppure in poliambulatori diagnostici.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

CARTA SERVIZI

La Carta Servizi appositamente predisposta per "Rimborso Spese Sanitarie Elite", rilasciata ad ogni Assicurato al momento della stipulazione della polizza e che consente allo stesso di essere accolto dalle strutture sanitarie e dai medici chirurghi convenzionati con Mapfre, ricevendo l'assistenza necessaria senza dover sostenere in proprio alcuna spesa (fatti salvi le franchigie, gli scoperti ed i limiti di rimborso contrattualmente previsti).

CONSUMATORE

È inteso come la persona fisica che agisce per scopi estranei rispetto all'attività imprenditoriale commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

CENTRALE OPERATIVA

È la struttura di Mapfre - costituita da medici, operatori - che provvede a fornire assistenza telefonica all'Assicurato ed alla gestione dei sinistri e dei servizi relativi alle garanzie di cui alla presente polizza.

DAY HOSPITAL

Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, quando eroghi prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti.

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 (fatture e notule, fiscalmente regolari e quietanzati), integrata dalla descrizione dettagliata delle prestazioni sanitarie effettuate ed in garanzia.

FAX DI PRESA IN CARICO

Il documento con cui Mapfre comunica alle strutture sanitarie convenzionate i termini di operatività della garanzia. Riporta inoltre i limiti di polizza, i diritti e gli obblighi di Mapfre e dell'Assicurato verso la struttura ed i medici chirurghi.

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.

IMPRESA

VITTORIA ASSICURAZIONI S.p.A. ed eventuali Coassicuratrici.

INFORTUNIO

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO

Provedimento terapeutico, comprese le gessature, che viene attuato con manovre manuali o strumentali cruento, con o senza ricovero.

ISTITUTO DI CURA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital 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, gli ospedali militari.

MALATTIA

Ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio e oggettivamente riscontrabile.

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.

MALFORMAZIONE , DIFETTO FISICO

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della polizza.

MAPFRE

La Società Mapfre Asistencia S.a. che gestisce le prestazioni della Sezione Assistenza e Mapfre Warranty S.p.A. che, relativamente alla Sezione Rimborso Spese Sanitarie, 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.

NUCLEO FAMILIARE

Nucleo costituito da: il Contraente, il coniuge o il convivente more uxorio, i figli anche se non conviventi purché fiscalmente a carico, purché tutti risultanti dallo stato di famiglia e nominativamente individuati in polizza.

POLIAMBULATORI DIAGNOSTICI

Strutture poliambulatoriali regolarmente autorizzate per gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche.

RESIDENZA

Luogo in Italia in cui l'Assicurato ha stabilito la dimora abituale.

RICOVERO

Permanenza in istituto di cura con pernottamento o in day hospital.

RIMBORSO

La somma dovuta al Contraente/Assicurato in caso di sinistro.

SCOPERTO

Parte del danno indennizzabile espressa in percentuale sull'ammontare del danno che rimane a carico dell'Assicurato.

SOMMA ASSICURATA

L'importo di massimo rimborso per anno assicurativo e per ogni Assicurato.

STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI

Le strutture sanitarie (istituti di cura, poliambulatori diagnostici, day hospital) ed i medici chirurghi tramite i quali l'Assicurato potrà fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, interventi e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura di MAPFRE Assistenza 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 della medesima Impresa.

VISITA SPECIALISTICA

Visita effettuata da medico-chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

2 – Condizioni Generali di Assicurazione

2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative alle 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/Assicurato 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/Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno di essi il nome degli altri.

2.3 – Decorrenza dell'assicurazione e successive scadenze di premio

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno in cui è firmata la polizza e pagato il premio, salvo 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.

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).

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di 1 anno, salvo il caso di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se è stato concordato il frazionamento in due o più rate. Nel caso sia stato concesso il frazionamento mensile, le modalità di pagamento sono disciplinate dalle disposizioni contenute nell'allegato "SEPA Direct debit" che forma parte integrante del contratto.

E' FACOLTA DELL'IMPRESA REVOCARE IL FRAZIONAMENTO MENSILE IN CASO DI CONTRATTI PLURIENNALI; TALE FACOLTA' POTRA' ESSERE ESERCITATA AD OGNI SCADENZA ANNUALE PREVIO AVVISO AL CONTRAENTE CON PREAVVISO NON INFERIORE A 60 GIORNI; E' IN TAL CASO FACOLTA' DEL CONTRAENTE RECEDERE DAL CONTRATTO A TALE SCADENZA PREVIO AVVISO ALL'IMPRESA CON PREAVVISO NON INFERIORE A 15 GIORNI.

2.4 – Pagamento del premio e 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.

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.

Qualora sia stato accordato il frazionamento mensile, la prima rata di premio – pari a 1/12 dell'importo annuo di polizza – deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive devono essere pagate alle scadenze e il rilascio della quietanza è sostituito da conferma di pagamento tramite SMS; le modalità del pagamento delle rate successive sono disciplinate dall'allegato SEPA Direct Debit che forma parte integrante del contratto.

2.5 – Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

2.6 – Forma delle comunicazioni

Ogni comunicazione del Contraente/Assicurato deve essere fatta con lettera raccomandata all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Direzione dell'Impresa, oppure a Mapfre per i casi contrattualmente previsti (vedasi capitolo 5 – Denuncia e liquidazione dei sinistri).

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 - Recesso, Disdetta e Proroga della polizza

1. DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE DA POLIZZA DI DURATA POLIENNALE.

Ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile, così come modificato dall'art. 21 della L. n° 99 del 23 luglio 2009, qualora la durata della polizza sia superiore a cinque anni il Contraente, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

2. TACITO RINNOVO DELLA POLIZZA E DIRITTO DI DISDETTA DELLE PARTI.

Fermo quanto sopra, la polizza di durata non inferiore ad 1 anno, giunta alla sua naturale scadenza ed in assenza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 60 giorni* prima della scadenza medesima (*30 giorni qualora il contratto sia stipulato con un "consumatore" ai sensi dell'art. 33 del Codice del Consumo), è prorogata una o più volte, per una durata di 1 anno per ciascuna proroga.

3. FACOLTÀ DELL'IMPRESA DI MODIFICARE IL PREMIO IN CORSO DI POLIZZA E CONSEGUENTE DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE.

Fermo quanto disposto ai punti 1) e 2) che precedono, ad ogni scadenza annuale di polizza, ferma la concessione dello sconto di durata nel caso di polizza poliennale, l'Impresa ha la facoltà di modificarne il premio, in aggiunta a quanto previsto dagli articoli 2.9 "Modalità di calcolo del premio" e 2.10 "Indicizzazione".

La variazione di premio è evidenziata sulla quietanza rilasciata al Contraente che, provvedendo al pagamento del premio così modificato, acconsente al rinnovo del contratto alle nuove condizioni di premio.

Qualora il Contraente non accetti le nuove condizioni astenendosi dal pagamento del premio, l'assicurazione cesserà automaticamente ogni effetto dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della rata in scadenza e il contratto si intenderà risolto senza alcuna formalità.

4. FACOLTÀ DELL'IMPRESA DI MODIFICARE LE CONDIZIONI DI POLIZZA ALLA SUA SCADENZA NATURALE E CONSEGUENTE DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE.

Fermo quanto disposto ai punti 1), 2) e 3) che precedono, alla scadenza naturale della polizza, l'Impresa ha la facoltà:

- a) di modificarne il premio, in aggiunta a quanto previsto dagli articoli 2.9 "Modalità di calcolo del premio" e 2.10 "Indicizzazione";
- b) di apportare modifiche a franchigie, scoperti e limiti di indennizzo, ove previsti nelle presenti Condizioni di Assicurazione.

Qualora, alla data di scadenza naturale, la presente polizza denominata "Rimborso Spese Sanitarie Elite" non risulti più commercializzata, è facoltà dell'Impresa proporre la prosecuzione del rapporto assicurativo con altra polizza "Rimborso Spese Sanitarie" della "Linea Salute e Benessere" (od analoga Linea eventualmente commercializzata in sostituzione), in vigore a quella data.

Il disposto dei precedenti punti a) e b) può essere comunque applicato alle surriferite nuove Garanzie, Servizi e Tariffe di premio.

Le intervenute modifiche saranno comunicate al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza naturale del contratto.

Il Contraente che non intenda accettare le nuove condizioni di polizza proposte ha facoltà di disdettare il contratto, mediante lettera raccomandata da inviarsi almeno 30 giorni prima della surriferita scadenza.

2.9 – Modalità di calcolo del premio

Il premio della presente polizza è determinato in base all'età degli Assicurati al momento della stipulazione, così come ad ogni successiva scadenza anniversaria.

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

- a) si esegue la somma dei coefficienti relativi all'età di ogni Assicurato alla data della precedente scadenza anniversaria;

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

L'importo così ottenuto corrisponde alla percentuale di aumento da applicare al premio della precedente scadenza anniversaria, fermo quant'altro previsto all'art. 2.10 – Indicizzazione.

L'importo del premio così calcolato risulterà nel documento che, ad ogni scadenza anniversaria e fino alla scadenza finale della polizza, l'Impresa 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.

QUANTO SOPRA, FERMO RESTANDO IL DISPOSTO DELL'ART 2.8 - RECESSO, DISDETTA E PROROGA 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	92,79	61	152,61
12	41,46	37	94,58	62	155,82
13	44,42	38	96,36	63	159,03
14	47,82	39	98,14	64	162,38
15	49,32	40	100	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	107,85	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		

2.10 – Indicizzazione

La somma assicurata ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'indice "Servizi Sanitari e Spese per la salute" rilevato dall'ISTAT.

L'adeguamento avviene 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) alla scadenza di ogni rata annua, se si sarà verificata una variazione, in più o in meno rispetto

all'indice inizialmente adottato, o al suo equivalente, le somme assicurate, le franchigie, i limiti di rimborso non espressi in percentuale ed il premio verranno aumentati o ridotti in proporzione;

- c) l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annua dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

In caso di eventuale ritardo od interruzione nella pubblicazione degli indici, l'Impresa proporrà l'adeguamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento.

Mancando l'accordo l'adeguamento verrà conglobato in quello della successiva scadenza anniversaria.

Le disposizioni del presente articolo non si applicano per i limiti e i premi previsti alla "Sezione Assistenza".

QUANTO SOPRA, FERMO RESTANDO IL DISPOSTO DELL'ART 2.8 - RECESSO, DISDETTA E PROROGA DELLA POLIZZA.

2.11 – Variazione della provincia di residenza dell'Assicurato in corso di polizza

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 1898 – Aggravamento del rischio del C.C., il Contraente deve dare comunicazione all'Impresa qualora, in corso di contratto, cambi la provincia di residenza di uno o più Assicurati identificati in polizza.

Tale comunicazione deve essere inoltrata entro il limite massimo di 5 giorni dalla data di rilascio della certificazione che attesti la nuova residenza dell'Assicurato, oppure dalla data di richiesta del cambio di residenza avanzata dai medesimi.

Qualora, alla data di avvenimento del sinistro, l'Assicurato risulti residente in una provincia differente da quella dichiarata in polizza, senza che tale circostanza sia stata comunicata all'Impresa nel termine sopra previsto:

- se l'Impresa, posta preventivamente a conoscenza dell'intervenuta variazione, avesse richiesto un premio maggiore di quello convenuto, l'indennizzo dovuto a termini di polizza sarà ridotto in proporzione alla differenza tra il premio convenuto ed il premio che sarebbe stato altrimenti determinato;
- se invece l'intervenuta variazione non avesse comportato l'aumento del premio convenuto, l'indennizzo sarà corrisposto integralmente.

2.12 – Variazione nell'elenco delle Strutture Mediche Convenzionate

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

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

2.13 – Imposte e tasse

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

2.14 – Rinvio alle norme di legge

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

2.15 - Diritto di recesso in caso di vendita a distanza

In caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza, ove il contratto sia stipulato da un consumatore, così come definito dal codice del Consumo, il contraente ha diritto di recedere dal contratto nei 14 giorni successivi al perfezionamento della polizza avvenuto con il pagamento del premio, effettuando richiesta scritta da inviare tramite lettera raccomandata a/r a Vittoria Assicurazioni S.p.a. Via Ignazio Gardella 2 – 20149 Milano. In tal caso l'Impresa trattiene la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

2.16 - 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.

Si precisa che nel caso in cui il contratto sia 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 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@pec.vittoriaassicurazioni.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 – Sezione Rimborso Spese Sanitarie

3.1 – Premessa

L'Impresa, in base alle dichiarazioni rese dal Contraente anche in nome e per conto degli Assicurati risultanti sul simple di polizza mod. PA.027.881, garantisce i rimborsi delle spese dagli stessi sostenute per le cure sanitarie di seguito indicate e fino alla concorrenza, per anno assicurativo e per ogni Assicurato, della somma indicata sul predetto simple mod. PA.027.881.

3.2 – Oggetto dell'assicurazione

In caso di ricovero o di intervento chirurgico resi necessari da malattia o da infortunio, l'Impresa rimborsa le spese sostenute dal Contraente/Assicurato per:

- I. Intervento chirurgico: onorari dell'équipe operatoria (chirurgo, aiuto, anestesista e ogni altro professionista partecipante attivamente all'intervento), nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi – escluse quelle dentarie, nonché lenti a contatto ed occhiali, ma comprese le I.O.L. (cristallino artificiale) - applicati durante l'intervento.
In caso di sostituzione di detti apparecchi terapeutici e protesi, determinata da necessità medica, le spese per il loro acquisto sono rimborsate **nel limite di Euro 3.500 per anno assicurativo**.
- I. L'infortunio che determina la necessità di intervento di chirurgia plastica ricostruttiva deve essere comprovato anche da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico, oppure, se consentito da leggi o regolamenti locali, di Pronto Soccorso prestato da altre strutture sanitarie.
- II. Spese sanitarie da ricovero: rette di degenza, assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, cure (**con il limite per dialisi di 30 applicazioni per anno assicurativo**), fisiochinesiterapia, medicinali, accertamenti diagnostici, durante il ricovero e/o l'intervento chirurgico.
- III. Prestazioni sanitarie precedenti ad un ricovero o ad un intervento: visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), fisiochinesiterapia, **nei 90 giorni precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico e purché queste prestazioni siano ad essi inerenti**.
- IV. Prestazioni sanitarie successive ad un ricovero o ad 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), **nei 120 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico e purché queste prestazioni siano ad essi inerenti**.
- V. Trasporto dell'Assicurato con ambulanza (compreso aereo o elicottero sanitario): in istituto di cura, da un istituto di cura all'altro e per il ritorno al proprio domicilio, fino ad un massimo **rimborso di Euro 3.500 per anno assicurativo**. La necessità del trasporto deve essere certificata da un medico.

VI. Il vitto ed il pernottamento in istituto di cura di un familiare accompagnatore: per un periodo **non superiore a 60 giorni per ricovero**. In caso di ricovero all'estero l'Impresa, oltre a quanto sopra indicato, rimborsa anche, **fino ad un massimo di Euro 2.500 per anno assicurativo**, le spese sostenute dal familiare accompagnatore per il viaggio in treno o con aereo di linea e, in caso di comprovata indisponibilità dell'istituto di cura, quelle per il suo vitto e pernottamento in struttura alberghiera.

VII. Cure e protesi dentarie: 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.

Limitatamente alle protesi **il rimborso massimo per sinistro è di Euro 7.000.**

VIII. Parto non cesareo e aborto terapeutico: **nel limite di Euro 5.000 per sinistro**. Le spese precedenti e successive al ricovero, avanti indicate ai punti III e IV, sono rimborsate **con il limite di Euro 500 per sinistro**. I limiti di rimborso non si applicano in caso di aborto spontaneo o post-traumatico.

IX. Parto cesareo: **nel limite di Euro 10.000,00 per sinistro**.

Relativamente ai punti VIII) e IX), qualora il parto avvenga a domicilio dell'Assicurata, l'Impresa corrisponde **un rimborso forfetario di Euro 1.000.**

Garanzie aggiuntive

Nei limiti della somma assicurata, se ancora disponibile, l'Impresa inoltre rimborsa in base a quanto segue:

a) Indennità sostitutiva del rimborso

Qualora le spese avanti indicate al presente articolo siano, in caso di ricovero, a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente, l'Impresa corrisponde:

- un'indennità pari a Euro 200 per ogni pernottamento, **con il massimo di 100 pernottamenti per anno assicurativo**;
- un'indennità pari a Euro 100 per ogni giorno di ricovero in day hospital, **con il massimo di 100 giorni per anno assicurativo**.

Qualora le suddette spese di ricovero siano solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente, il Contraente/Assicurato può scegliere tra l'indennità di cui sopra ed il rimborso dell'eccedenza di spesa rimasta a suo carico.

Le spese eventualmente sostenute per le prestazioni precedenti e successive al ricovero o all'intervento chirurgico, di cui ai punti III) e IV) , sono comunque rimborsate con le modalità previste dai punti 5) e 6) delle Norme Operative.

b) Cure termali

Sono comprese le spese sostenute per cure termali (ad eccezione di quelle di natura alberghiera) praticate in conseguenza di un ricovero o di un intervento chirurgico **nei 120 giorni successivi**.

c) Cure figli neonati ed adottati

Per i nati da un parto rimborsabile a termini di polizza o per i minori in affidamento preadottivo, l'assicurazione è operante negli stessi termini previsti per l'Assicurata al momento del parto o dell'affidamento e **gratuitamente nei primi 365 giorni di vita o affidamento**.

Per il solo neonato sono comprese anche le cure rese necessarie da malformazioni e difetti fisici.

d) Trapianti di organi

In caso di trapianto di organi, le garanzie prestate a favore dell'Assicurato ricevente operano, nei limiti della somma per lui assicurata, anche per il ricovero ospedaliero relativo al donatore. Sono compresi gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica e infermieristica, l'intervento chirurgico di espianto, le cure, i medicinali, le rette di degenza ed il trasporto di organi o di parti di essi.

e) Assistenza domiciliare per malattie terminali

In caso di malattia terminale l'Impresa rimborsa anche le spese sostenute dal Contraente/Assicurato per:

- assistenza domiciliare continuativa, medica od infermieristica, fornita da idonee strutture sanitarie, all'uopo costituite e la cui attività sia legalmente riconosciuta, fino a **Euro 250** per ogni giorno e per un **massimo di 120 giorni per anno assicurativo** oppure, in alternativa, a scelta dell'Assicurato
- assistenza infermieristica professionale a domicilio, fino a **Euro 150** per ogni giorno e per un **massimo di 90 giorni per anno assicurativo**.

f) Assistenza infermieristica privata

L'Impresa rimborsa le spese sostenute dal Contraente/Assicurato durante il ricovero e **nei 90 giorni successivi al ricovero** presso il domicilio dell'Assicurato per assistenza infermieristica professionale privata **sino alla concorrenza di Euro 3.500 per anno assicurativo elevati a Euro 5.000 per il trapianto di organi**.

La presente condizione aggiuntiva non si cumula con la precedente condizione aggiuntiva e).

g) Diagnostica, chemioterapia e radioterapia

In assenza di ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, l'Impresa rimborsa, ferma la somma assicurata:

- le spese sostenute per trattamenti di chemioterapia e radioterapia per la cura delle neoplasie maligne a carattere invasivo (eccettuata la leucemia linfatica cronica), dei tumori dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale, del morbo di Hodgkin, purché la situazione patologica sia comprovata da referto istopatologico o da certificazione di istituto di cura e **fino alla concorrenza di Euro 7.000 per anno assicurativo**;
- le spese sostenute, **fino alla concorrenza di Euro 1.200 per anno assicurativo**, per i seguenti accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio e prescritti dal medico curante: angiografia, risonanza magnetica nucleare (RMN), densitometria ossea computerizzata (DOC), mineralogia ossea computerizzata (MOC), scintigrafia per patologie cardiovascolari od oncologiche, tomografia assiale computerizzata (TAC).

h) Tossicodipendenza, Alcolismo, A.I.D.S., Malattie mentali

Fermo restando quanto previsto dall'art. 3.8 – Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione, nei confronti degli Assicurati che nel corso del contratto diventassero tossicodipendenti, alcolisti, contraggano l'A.I.D.S. o manifestino malattie mentali e disturbi psichici in genere (ivi compresi i comportamenti nevrotici), a parziale deroga si conviene che:

- a) In caso di tossicodipendenza o alcolismo**, qualora l'Assicurato si sottoponga a cure di disintossicazione con ricovero presso Centri, Comunità o Istituti abilitati dalle competenti Autorità, in base alla vigente normativa, al recupero psicofisico dei tossicodipendenti o degli alcolisti, l'Impresa rimborsa le spese sostenute durante il ricovero in detti centri fino a **Euro 200** per ogni giorno e **per un periodo massimo di 100 giorni**.

Questa estensione di garanzia vale solo per il primo ricovero. **Terminato il periodo di ricovero o comunque decorsi 100 giorni dal giorno di inizio del ricovero stesso, l'assicurazione cessa, indipendentemente dall'esito delle cure.**

- b) In caso di A.I.D.S.** che risulti, da documentazione medica, in fase conclamata l'Impresa mette a disposizione dell'Assicurato una somma pari a **Euro 7.000** fermo restando che **l'assicurazione cessa indipendentemente dall'esito delle cure.**

- c) In caso di malattie mentali, disturbi psichici (ivi compresi i comportamenti nevrotici)** l'Impresa rimborsa le spese sostenute durante il ricovero fino a **Euro 200** per ogni giorno e **per un periodo massimo di 100 giorni**.

Questa estensione di garanzia vale solo per il primo ricovero. **Terminato il periodo di ricovero o comunque decorsi 100 giorni dal giorno di inizio del ricovero stesso, l'assicurazione cessa, indipendentemente dall'esito delle cure.**

i) Medicina preventiva

L'Impresa rimborsa le spese, per gli Assicurati che abbiano **compiuto 30 anni**, relative all'effettuazione di un check-up da eseguirsi, in un'unica soluzione, presso le strutture convenzionate con Mapfre:

DONNA		UOMO	
tra 30 e 40 anni		tra 30 e 40 anni	
1. ESAMI DI LABORATORIO <ul style="list-style-type: none"> • Emocromo • VES • Glicemia • Colesterolo Totale • Colesterolo HDL • LDH • Trigliceridi • Creatininemia • Azotemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Cloremia • Sodiemia • Potassiemia • GOT • GPT • Bilirubina frazionata • Protidogramma • Esame urine 2. PAP TEST 3. VISITA GINECOLOGICA	1. ESAMI DI LABORATORIO <ul style="list-style-type: none"> • Emocromo • VES • Glicemia • Colesterolo Totale • Colesterolo HDL • LDH • Trigliceridi • Creatininemia • Azotemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Cloremia • Sodiemia • Potassiemia • GOT • GPT • Bilirubina frazionata • Protidogramma • Esame urine 2. E.C.G. (Elettrocardiogramma) 3. VISITA CARDIOLOGICA
> a 40 anni		> a 40 anni	
in aggiunta a quanto sopra:		in aggiunta a quanto sopra:	
4. E.C.G. (ELETTROCARDIOGRAMMA) 5. VISITA CARDIOLOGICA 6. RX DEL TORACE 7. RX MAMMOGRAFIA 8. RICERCA SANGUE OCCULTO NELLE FECI		4. ESAME DI LABORATORIO: PSA 5. RADIOGRAFIA DEL TORACE 6. RICERCA SANGUE OCCULTO NELLE FECI	

Per poter effettuare il check-up l'Assicurato deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa di Mapfre, la quale provvederà alla prenotazione presso una delle strutture convenzionate in base alla disponibilità del momento ed alla vicinanza al domicilio dell'Assicurato, entro cinque giorni dalla data della richiesta, inviandone conferma all'Assicurato mediante la modalità convenuta (telefono, e-mail, fax, lettera).

L'Assicurato può effettuare il check-up:

1. ogni 2 anni;
2. a decorrere dal 3° anno di vita del presente contratto.

Qualora il presente contratto sia stato emesso in sostituzione di analogo contratto mod. W881, oppure di altro contratto Rimborso Spese Sanitarie denominato "Formula Salute" o "ELITE" della Linea Salute e Benessere, il conteggio degli anni di cui al punto 2. avverrà a partire dalla data di effetto del contratto sostituito.

Nulla sarà dovuto qualora i check-up non vengano eseguiti nei termini suindicati.

I check-up sono totalmente a carico dell'Impresa.

Gli esiti del check-up saranno comunicati esclusivamente all'Assicurato.

j) Indennità giornaliera da convalescenza

In caso di convalescenza successiva ad un ricovero in Istituto di cura o intervento chirurgico in day hospital, verrà corrisposta una indennità giornaliera pari a Euro 150,00 **a decorrere dal giorno successivo** a quello della dimissione dall'Istituto di cura fino a quello della guarigione clinica.

L'indennità giornaliera verrà corrisposta **per un massimo di 150 giorni per anno assicurativo e con il limite di 4 volte i giorni di durata del ricovero.**

Nessuna indennità verrà corrisposta per convalescenza seguente ad un ricovero per qualsiasi tipo di parto, malattie della gravidanza e del puerperio, day hospital (salvo in quest'ultimo caso per ricovero inerente ad intervento chirurgico), nonchè per quanto previsto al punto h) dell'art. 3.2.

3.3 – Erogazione delle prestazioni sanitarie.

Con riferimento a quanto indicato al capitolo 5 – "Denuncia e liquidazione dei sinistri" ed al capitolo "Modalità di pagamento e rimborso" delle Norme Operative, l'Impresa riconosce le prestazioni sanitarie nei termini previsti dal precedente art. 3.2 - "Oggetto dell'assicurazione", con le modalità di seguito illustrate :

- a. quando erogate all'Assicurato da **strutture sanitarie e medici convenzionati** con Mapfre, il pagamento sarà effettuato direttamente a strutture e medici previa applicazione, per i medici chirurghi, delle franchigie previste agli artt. 4.1 e 4.2 (se richiamate);

b. quando erogate all'Assicurato da:

- **strutture sanitarie e medici non convenzionati** con Mapfre;
- **strutture sanitarie convenzionate** con Mapfre e **medici non convenzionati**

il rimborso all'Assicurato sarà corrisposto:

b.1 Intervento chirurgico con o senza ricovero

- **fino alla concorrenza dei limiti per sinistro di Euro 5.000** relativamente alle spese per l'equipe operatoria in caso di interventi per :
 - Adenoidectomia;
 - Appendicectomia;
 - Ernie addominali;
 - Emorroidectomia;
 - Safenectomia radicale;
 - Tonsillectomia.
- **per gli altri interventi chirurgici, con uno scoperto, a carico dell'Assicurato, del 20% con il minimo di Euro 1.000 ed il massimo di Euro 3.000 per ciascun sinistro;**
- le spese relative alla struttura sanitaria sono rimborsate integralmente.

b.2 Ricovero senza intervento chirurgico

- le spese omnicomprensive per l'intera equipe medica che presta assistenza sono rimborsate, per ciascun giorno di degenza, con il limite giornaliero di:

Ricoveri in terapia intensiva/subintensiva o di unità coronarica	Ricoveri per cure oncologiche	Altri ricoveri
Euro 600	Euro 600	Euro 250

- le spese relative alla struttura sanitaria sono rimborsate integralmente.

b.3 Spese precedenti e successive al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale

- **le spese sono rimborsate con uno scoperto a carico dell'Assicurato del 20% (con il minimo di Euro 100 per sinistro se effettuate presso strutture e medici non convenzionati).**

b.4 Spese per Diagnostica, chemioterapia e radioterapia (garanzia aggiuntiva g) art. 3.2)

- **le spese sono rimborsate con uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 100 per sinistro, se effettuate presso strutture non convenzionate.**

I limiti e gli scoperti suindicati non si applicano in caso di :

- Trapianti di organi (garanzia aggiuntiva d) art.3.2);
- Ricoveri all'estero per malattia improvvisa o infortunio, nei termini previsti all'art. 3.4;
- Grandi Interventi Chirurgici (Condizione Particolare 4.3).

3.4 – Ricoveri all'estero

Il disposto del presente articolo opera in base alle condizioni tutte di polizza e semprechè l'Assicurato, al momento del sinistro, abbia la residenza (dimora abituale) in Italia.

RICOVERI / INTERVENTI A SEGUITO DI MALATTIE OD INFORTUNI INSORTE O ACCADUTI ALL'ESTERO.

Per malattia improvvisa si intende una malattia acuta di cui l'Assicurato non è a conoscenza e che non sia la manifestazione di un precedente morbo.

Qualora una malattia improvvisa od un infortunio, purché insorga o accada all'estero, rendano necessario effettuare, sempre all'estero:

1. il ricovero d'urgenza

e/o

2. l'immediato intervento chirurgico, anche senza ricovero

il rimborso delle relative spese avverrà nei termini di cui all'art. 3.2 delle Condizioni di Assicurazione, senza applicazione dei limiti e scoperti previsti all'art. 3.3 – Erogazione delle prestazioni sanitarie.

Quanto sopra anche nel caso di ricorso a strutture sanitarie e medici chirurghi non convenzionati con Mapfre.

Il rimborso delle spese avverrà invece nei termini di cui all'art. 3.3 – Erogazione delle prestazioni sanitarie qualora:

- la malattia improvvisa o l'infortunio non rendano necessarie le prestazioni a carattere d'urgenza indicate ai precedenti punti 1. e 2.

oppure

- la malattia insorta all'estero sia la manifestazione o recidiva di precedenti patologie non escluse ai sensi di polizza o da specifiche pattuizioni contrattuali.

In caso di ricorso a strutture sanitarie e medici chirurghi non convenzionati con Mapfre, si applicheranno i limiti e scoperti previsti dal succitato articolo 3.3.

Qualora l'Assicurato ricorra alle prestazioni di strutture sanitarie e medici esteri, ma a seguito di malattie od infortuni non insorte o non accaduti all'estero, il rimborso delle spese avverrà:

- nei termini di cui all'art. 3.2 delle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con Mapfre;
- nei termini di cui all'art. 3.3 – Erogazione delle prestazioni sanitarie, con applicazione dei limiti e scoperti previsti, in caso di ricorso a strutture sanitarie e medici chirurghi non convenzionati con Mapfre.

IN QUALUNQUE CASO, QUALORA NON SI UTILIZZINO SERVIZI CONVENZIONATI CON MAPFRE LA MODALITÀ DI INDENNIZZO DIRETTO È INAPPLICABILE:

L'Assicurato dovrà pertanto provvedere personalmente al pagamento delle spese sostenute, che verranno rimborsate da Mapfre con le modalità indicate al capitolo 5 – “Denuncia e liquidazione dei sinistri” e al capitolo “Modalità di pagamento e rimborso” delle Norme Operative.

Resta inteso che i rimborsi verranno eseguiti in Italia, con moneta in corso in Italia al momento del sinistro, al cambio medio – ricavato dall'Ufficio Italiano Cambi – della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

3.5 – Polizza emessa in sostituzione di altra polizza

Nel caso in cui la presente polizza sia stata emessa in sostituzione, prima della scadenza finale, di altra polizza dello stesso tipo “Rimborso Spese Sanitarie Elite”, la somma assicurata è quella indicata sul simple della presente polizza, **mentre i limiti di rimborso indicati all'art. 3.2 saranno, se superiori, quelli previsti nel contratto sostituito**, eventualmente aggiornati in base a quanto pattuito all'art. 2.10 – Indicizzazione.

Dopo la scadenza naturale della presente polizza, le Garanzie, i Servizi e le Tariffe di premio saranno quelli pattuiti in base a quanto previsto all'art. 2.8 – Recesso, Disdetta e Proroga della polizza.

3.6 – Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

Fermo il disposto dell'art. 2.3 – Decorrenza dell'assicurazione, la garanzia inizia:

- a) dal momento in cui ha effetto la polizza, per gli infortuni e per l'aborto post-traumatico;
- b) dal 180° giorno successivo per le conseguenze di stati patologici (malattie) diagnosticati, o sottoposti ad accertamenti, o curati anteriormente alla stipulazione della polizza, purché dichiarati dagli Assicurati nel questionario sanitario e non esplicitamente esclusi dall'Impresa o dalle condizioni di polizza;
- 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 gli stati patologici, diversi da quelli indicati al precedente punto c), non conosciuti dall'Assicurato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione della polizza stessa;
- e) dal 30° giorno successivo per le altre malattie.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 90 giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto della polizza.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza 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 da essa previste.

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

3.7 – Esclusioni e variazioni in corso di polizza

L'assicurazione non comprende:

- a) le conseguenze dirette di infortuni, nonché le malattie (quindi anche stati patologici) che abbiano dato origine a cure, o esami, diagnosi anteriori alla stipulazione della polizza, sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione.

Le patologie dichiarate e non esplicitamente escluse dall'Impresa si intendono invece comprese, fermo comunque quanto previsto ai successivi punti del presente articolo e in conformità all'art. 3.6 – Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa;

- b) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere;
- c) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, 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);
- d) gli infortuni conseguenti a stato di etilismo acuto;
- 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 difetti fisici e malformazioni;
- 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) il parto e l'aborto (salvo quanto stabilito all'art. 3.2 punti VIII e IX, ma escluso in ogni caso 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 e fitoterapiche, le paradontopatie, le cure e le protesi dentarie (salvo quanto previsto all'art. 3.2 punto VII), le lenti a contatto e gli occhiali, la cheratomia radiale fino a tre diottrie di miopia e/o tre diottrie di astigmatismo miotico;
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- l) eventi causati da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- m) le cure, gli accertamenti diagnostici e gli interventi chirurgici 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.

L'assicurazione, inoltre, non comprende, salvo quanto espressamente previsto all'art. 3.2:

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

Le garanzie prestate con la presente assicurazione non operano in caso di tentato suicidio e atti di autolesionismo dell'Assicurato.

Per le maggiori somme assicurate, i maggiori limiti di rimborso e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso di polizza, le disposizioni di cui alle precedenti lettere a), f) e n) si applicheranno con riguardo alla data della variazione anziché a quella di stipulazione della polizza.

Per variazione si intende anche la ripresa della polizza senza soluzione di continuità, od anche la sostituzione di altra polizza precedentemente in corso con la Vittoria Assicurazioni S.p.A.

3.8 – Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione

Non sono assicurabili le persone che abbiano compiuto il 75° anno di età.

Per gli Assicurati che raggiungono tale età nel corso della polizza, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla prima scadenza annuale successiva (fermo il disposto

dell'art. 2.3 – Decorrenza dell'assicurazione e successive scadenze di premio), e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente della polizza.

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, l'Impresa restituisce al Contraente la parte di premio, 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.

3.9 – 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 derivante 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, 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.

3.10 - 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.

3.11 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

3.12 – Liquidazione del rimborso

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

4.1 – Franchigia opzionale

Limitatamente alle prestazioni erogate all'Assicurato da medici chirurghi convenzionati, il rimborso delle spese previste all'art. 3.2 sarà effettuato tramite Mapfre detraendo una franchigia pari a Euro 900,00 (pertanto le somme pari o inferiori al predetto importo non danno diritto ad alcun rimborso).

In caso di corresponsione dell'indennità sostitutiva prevista all'art. 3.2, lettera a) delle Condizioni di Assicurazione, la stessa verrà corrisposta a partire dall'ottavo giorno di ricovero, fermo il massimo di 100 pernottamenti (o giorni in caso di day hospital) per anno assicurativo.

4.2 – Franchigia opzionale

Limitatamente alle prestazioni erogate all'Assicurato da medici chirurghi convenzionati, il rimborso delle spese previste all'art. 3.2 sarà effettuato tramite Mapfre detraendo una franchigia pari a Euro 1.800,00 (pertanto le somme pari o inferiori al predetto importo non danno diritto ad alcun rimborso).

In caso di corresponsione dell'indennità sostitutiva prevista all'art. 3.2, lettera a) delle Condizioni di Assicurazione, la stessa verrà corrisposta a partire dall'ottavo giorno di ricovero, fermo il massimo di 100 pernottamenti (o giorni in caso di day hospital) per anno assicurativo.

4.3 – Grandi Interventi Chirurgici (alternativa alla garanzia base)

La garanzia si intende valida per i rimborsi delle prestazioni, elencate all'art. 3.2 delle Condizioni di Assicurazione, sostenute **esclusivamente** in occasione di Grandi Interventi Chirurgici tra quelli elencati nell'allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici".

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

Non sono operanti le garanzie di cui ai punti 3.2 – h) Tossicodipendenza, alcolismo, A.I.D.S., malattie mentali, i) medicina preventiva.

4.4 – Assistenza diagnostica e trattamenti di fisiochinesiterapia

L'Impresa rimborsa, fino a concorrenza di Euro 3.000 per anno assicurativo e per ogni Assicurato, le spese - non rientranti in altre garanzie - sostenute dal Contraente/Assicurato per:

- a) i trattamenti di fisiochinesiterapia resi necessari a seguito di infortunio, purché prescritti dal medico curante;
- b) gli accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio, purché prescritti dal medico curante, **con esclusione degli esami del sangue, delle urine e delle feci.**

La garanzia opera per l'80% delle spese sostenute, restando a carico dell'Assicurato il rimanente 20%, con il minimo di Euro 100 per ogni serie di accertamenti diagnostici previsti da un'unica prescrizione medica e per ogni ciclo di fisiochinesiterapia.

Qualora la fisiochinesiterapia e gli accertamenti diagnostici vengano praticati in strutture pubbliche, oppure a seguito di impegnativa del Servizio Sanitario Nazionale autorizzata dalla U.S.S.L. in strutture con esso convenzionate, l'Impresa rimborsa i relativi tickets per l'intero importo.

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 2.8 – Recesso , Disdetta e Proroga della polizza, l'Impresa ed il Contraente hanno la facoltà di annullare, ad ogni scadenza annuale, l'operatività della garanzia mediante comunicazione scritta da inviarsi entro i 30 giorni precedenti la data di scadenza medesima.

4.5 – Visite specialistiche (valida se operante la condizione particolare 4.4)

L'Impresa, fino al limite previsto dalla Condizione Particolare 4.5, rimborsa anche le spese sostenute dall'Assicurato per onorari di visite specialistiche, escluse quelle pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche.

Per questa garanzia, l'Impresa rimborsa l'80% delle spese sostenute, fermo restando a carico del Contraente/Assicurato il rimanente 20%, con il minimo di Euro 100,00 per ogni visita specialistica.

Qualora la visita specialistica venga praticata in strutture pubbliche, oppure a seguito di impegnativa del Servizio Sanitario Nazionale autorizzata dalla U.S.S.L. in strutture con esso convenzionate, l'Impresa rimborsa i relativi tickets per l'intero importo.

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 2.8 – Recesso, Disdetta e Proroga della polizza l'Impresa ed il Contraente hanno la facoltà di annullare, ad ogni scadenza annuale, l'operatività della garanzia mediante comunicazione scritta da inviarsi entro i 30 giorni precedenti la data di scadenza medesima.

4.6 – Massimale unico per Nucleo Familiare

A parziale deroga di quanto previsto agli artt. 3.1, 4.4 e 4.5 (questi ultimi se richiamati), si conviene tra le Parti che la somma assicurata deve intendersi il massimo esborso per anno assicurativo e per la totalità delle persone assicurate, nominativamente individuate in polizza e rientranti nella voce di Glossario "Nucleo Familiare".

5 – Denuncia e liquidazione dei sinistri, Servizio “Mapfre”

5.1 – Premessa

Per le prestazioni sanitarie indicate al punto b) dell'art. 3.3 per le quali l'Assicurato non ricorra ai Servizi Convenzionati con Mapfre, il rimborso è effettuato con le modalità ivi illustrate.

5.2 – Ricorso a strutture e medici convenzionati con Mapfre

L'Assicurato che si avvale dei Servizi Convenzionati con Mapfre e che pertanto concorda preventivamente con Mapfre il ricorso agli istituti di cura ed ai medici con essa convenzionati, troverà nel capitolo “Norme Operative” le modalità da seguire per ottenere le prestazioni sanitarie senza dover anticipare alcun pagamento (fatti salvi le franchigie, gli scoperti ed i limiti di rimborso contrattualmente previsti).

In questo caso, l'Assicurato delega l'Impresa a pagare o a far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dalla polizza.

5.3 – Ricorso a strutture o medici non convenzionati con Mapfre

L'Assicurato che non si avvale dei Servizi Convenzionati con Mapfre e che pertanto non ha concordato preventivamente con Mapfre il ricorso agli istituti di cura ed ai medici con essa convenzionati (con le modalità indicate nel capitolo “Norme Operative”) deve, appena possibile, dare avviso scritto del sinistro, secondo quanto stabilito dagli artt. 1910, 1913 e 1915 del Codice Civile.

La denuncia del sinistro, redatta utilizzando l'apposito modulo di rimborso, reperibile presso l'Agenzia a cui è appoggiato il contratto e/o sul sito istituzionale www.vittoriaassicurazioni.com, deve essere inviata a Mapfre unitamente alla certificazione medica sulla natura della infermità.

L'Assicurato deve fornire, in caso di ricovero od intervento chirurgico ambulatoriale, copia della cartella clinica completa, integrata dalle 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 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 quietanzati, oppure copia degli stessi.

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 liquidazione del sinistro viene effettuata a cura ultimata, su presentazione del certificato di guarigione o di equivalente dichiarazione da parte dell'Assicurato, secondo le modalità previste dal capitolo "Norme Operative" del servizio di Mapfre.

5.4 - Data del sinistro

Fermo quanto previsto all'art. 3.6 - Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa, la data del sinistro è quella nella quale si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico ambulatoriale od altre prestazioni sanitarie assicurate.

L'Impresa effettua, nei limiti previsti, il rimborso delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del sinistro e comunque non oltre un anno dalla scadenza della polizza.

5.5 – 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.

5.6 – Controversie e arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sul diritto del Contraente/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 del Contraente/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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Cardiochirurgia

- Bypass aorto coronarici multipli
- Bypass aorto coronarico singolo
- Cardiochirurgia 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

Chirurgia della mano

- 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

Chirurgia generale**COLLO**

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono/bilaterale

ESOFAGO

- Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- Resezione parziale dell'esofago
- Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia

FEGATO E VIE BILIARI

- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica cava
- Deconnessione azygos-portale per via addominale
- Resezioni epatiche maggiori

INTESTINO DIGIUNO – ILEO – COLON – RETTO - ANO

- 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
- Amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia, del retto

PANCREAS – MILZA

- 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

STOMACO – DUODENO

- Intervento per fistola gastro-digiuno colica
- Gastrectomia totale con linfadenectomia

Chirurgia oro – maxillo – facciale

- 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 pediatrica

- 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

Chirurgia toraco – polmonare

- 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
- Tromboendoarteriectomia aorto – iliaca ed eventuale plastica vasale
- Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
- Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
- Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici

Ginecologia

- Eviscerazione pelvica
- Intervento di vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia 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
- Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica
- Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
- Intervento per traumi vertebro-midollari via anteriore
- 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
- Emipelvectomia
- Emipelvectomia "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 vertebrotonomia (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
- 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
- Intervento di ureteroenteroplastiche con tasche continenti (bilaterale)
- Intervento di ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale)

VESCICA

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

NORME OPERATIVE

Premessa

Le prestazioni di Mapfre sono previste per la somma assicurata indicata sul simple di polizza mod. PA.027.881, fatte salve le franchigie, gli scoperti ed i limiti di rimborso, nei termini delle garanzie e delle esclusioni previsti sul simple stesso e nelle Condizioni di Assicurazione riportate nel presente fascicolo.

Inoltre, l'utilizzo delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati tramite Mapfre comporta automaticamente l'operatività delle garanzie in base a quanto previsto all'art.

3.2 – Oggetto dell'assicurazione, ed evita l'applicazione di scoperti e limiti di rimborso previsti al punto b) dell'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione, ferma restando la somma assicurata.

Chi è e come opera Mapfre

Gli Assicurati con polizza “Rimborso Spese Sanitarie Elite” ed in possesso della Carta Servizi possono avvalersi, in caso di sinistro, delle prestazioni di Mapfre.

Mapfre ha stipulato convenzioni, **in Italia e all'estero**, con qualificate strutture sanitarie e medici chirurghi per fornire agli Assicurati la soluzione più idonea alle loro necessità ed alle loro coperture assicurative.

La richiesta di intervento di Mapfre dovrà essere attivata dagli Assicurati esclusivamente telefonando ai numeri indicati nella Carta Servizi.

Nel caso di richiesta di ricovero al di fuori del territorio nazionale, Mapfre contatterà le centrali operative collegate all'estero.

L'intervento di Mapfre consente agli Assicurati, nei termini delle garanzie previste dalla loro polizza “Rimborso Spese Sanitarie Elite”, di fruire delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati senza dover versare anticipi di denaro e/o pagare le spese relative al ricovero (fatte salve le franchigie, gli scoperti ed i limiti di rimborso contrattualmente previsti), in quanto al pagamento delle fatture e delle notule provvederà l'Impresa tramite Mapfre.

Alle strutture sanitarie ed ai medici chirurghi convenzionati, Mapfre corrisponderà direttamente l'importo dovuto a termini di polizza e sempre al netto di eventuali franchigie e scoperti.

Agli effetti di quanto sopra riportato, nonché delle franchigie, degli scoperti e dei limiti di rimborso previsti in polizza, l'importo che resterà parzialmente o totalmente a carico dell'Assicurato sarà da questi saldato alle strutture sanitarie ed ai medici chirurghi che hanno erogato le prestazioni.

Mapfre provvede anche alla raccolta della documentazione sanitaria e di spesa, relativa alle prestazioni ricevute nelle strutture sanitarie e dai medici chirurghi convenzionati. Mapfre provvederà ad inviare al Contraente/Assicurato la relativa documentazione di spesa.

In caso di ricorso a strutture sanitarie e medici convenzionati in territorio extraeuropeo, la raccolta della documentazione sanitaria è invece a carico dell'Assicurato.

Mapfre inoltre, offre agli Assicurati ulteriori servizi descritti al capitolo “Sezione Assistenza”.

Anche in questo caso le prestazioni di Mapfre dovranno essere attivate contattando preventivamente la Struttura Organizzativa.

Sezione Rimborso Spese Sanitarie Precisazioni sulle prestazioni di Mapfre

1 - Aveni diritto

Potranno accedere alle prestazioni di Mapfre gli Assicurati che, in quanto tali, siano i titolari della Carta Servizi.

2 - Decorrenza e durata

La possibilità di utilizzare le prestazioni di Mapfre decorre dalle ore 24 della data di effetto della polizza "Rimborso Spese Sanitarie Elite" e per l'intera durata contrattuale, a condizione che:

- il premio della polizza "Rimborso Spese Sanitarie Elite" risulti regolarmente pagato;
- non siano pervenute al Contraente della polizza "Rimborso Spese Sanitarie Elite" contrarie comunicazioni in proposito da parte dell'Impresa.

La Carta Servizi è valida fino alla scadenza della polizza.

3 - Delimitazioni generali

Mapfre, 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, Mapfre non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Ogni diritto dell'Assicurato nei confronti di Mapfre, sempreché derivante dalla polizza "Rimborso Spese Sanitarie Elite", si prescrive al compimento di due anni dal verificarsi dell'evento.

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

4 - Rapporti con Mapfre

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

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

Come accedere alle prestazioni di Mapfre

Per accedere alle prestazioni di Mapfre, l'Assicurato dovrà utilizzare i seguenti numeri telefonici indicati nella Carta Servizi che si consiglia di avere sempre con sé:

- dall'Italia comporre il **Numero Verde 800.069.841**
- dall'estero comporre il numero **+39.015.255.96.57**

Qualora l'Assicurato abbia necessità di ricorrere a strutture convenzionate e medici convenzionati in territorio extraeuropeo, e la prestazione sanitaria sia da richiedersi a breve termine, è consigliabile contattare la Centrale Operativa con alcuni giorni di anticipo.

Il servizio di informazioni e prenotazioni viene fornito negli orari:

- dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8,00 alle ore 18,00
- Sabato dalle ore 8,00 alle ore 12,00.

L'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa:

- nome e cognome;
- numero di polizza;
- servizio richiesto;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- recapito telefonico al quale potrà essere richiamato.

La Centrale Operativa provvederà a raccogliere tutti i dati necessari all'apertura del sinistro.

La possibilità di accedere alle prestazioni di Mapfre è condizionata alla preventiva telefonata alla Centrale Operativa, in mancanza della quale il pagamento diretto non è operante.

Il personale di Mapfre, provvede alla prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi, scelti dall'Assicurato tra quelli convenzionati, garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta dei medici più idonei per ogni necessità.

Qualora l'Assicurato non avesse con sé la Carta Servizi, in caso di urgente necessità potrà trovare i numeri telefonici di Mapfre nell'elenco distrettuale di Verrone (BI) e ricevere le necessarie informazioni.

Le strutture sanitarie convenzionate con Mapfre sono indicate all'interno del sito istituzionale dell'Impresa al link www.vittoriaassicurazioni.com.

La rete di strutture sanitarie convenzionate è sempre in evoluzione: contattando Mapfre si potrà essere costantemente aggiornati sulle convenzioni in vigore.

Al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria, in caso di pagamento diretto, l'Assicurato deve presentare la Carta Servizi e sottoscrivere il Fax di presa in carico delle spese (da parte di Mapfre).

Questo documento riporta i limiti di polizza e gli obblighi di Mapfre e dell'Assicurato verso la struttura ed i medici chirurghi.

La corrispondenza (documentazione sanitaria, di spesa e contrattuale) potrà essere inviata:

- per posta elettronica all'indirizzo e-mail gsm.vittoria@mapfre.com;
- per fax al numero 015.25.59.666;
- per posta all'indirizzo: Mapfre Warranty S.p.A. - Strada Trossi, n.66 – 13871 Verrone (BI).

Modalità di pagamento e rimborso

1. UTILIZZO DI STRUTTURE/MEDICI CONVENZIONATI CON MAPFRE

In caso di utilizzo di strutture e medici chirurghi 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).

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

In caso di ricovero a seguito di impegnativa del Servizio Sanitario Nazionale in strutture convenzionate sia con il Servizio Sanitario Nazionale, secondo le norme vigenti, sia con Mapfre, quest'ultima provvederà direttamente al pagamento dell'eventuale eccedenza di spesa rispetto a quanto erogato dal Servizio Sanitario Nazionale, fermi i limiti di rimborso stabiliti all'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione per le eventuali prestazioni di medici chirurghi non convenzionati con Mapfre.

2. UTILIZZO DI STRUTTURE CONVENZIONATE CON MAPFRE E MEDICI NON CONVENZIONATI CON MAPFRE

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata e medici non convenzionati, Mapfre provvederà direttamente a pagare la struttura con essa convenzionata (fatti salvi le franchigie, gli scoperti ed i limiti di rimborso contrattualmente previsti).

L'Assicurato dovrà provvedere personalmente al pagamento degli onorari delle prestazioni dei medici non convenzionati.

Al ricevimento della documentazione di spesa, Mapfre provvederà al rimborso nei limiti stabiliti all'art. 3.3 delle condizioni di Assicurazione.

3. UTILIZZO DI STRUTTURE/MEDICI CHIRURGI NON CONVENZIONATI CON MAPFRE

Qualora l'Assicurato ritenga di non avvalersi delle prestazioni di Mapfre e pertanto scelga autonomamente e utilizzi strutture sanitarie e medici chirurghi non convenzionati con Mapfre o non utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale, così come indicato ai punti 1 e 4, il rimborso delle spese sostenute verrà effettuato da Mapfre nei limiti stabiliti all'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione, al ricevimento della documentazione sanitaria e di spesa.

4. UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE O DI ALTRI ENTI

Se il ricovero avviene, a seguito di impegnativa del Servizio Sanitario Nazionale, in strutture sanitarie convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale stesso e non convenzionate con Mapfre, o se l'Assicurato si avvale delle garanzie di altro Ente ricevendo assistenza diretta od indiretta, Mapfre provvederà a rimborsare le spese sostenute e rimaste a carico del Contraente/Assicurato, nei limiti stabiliti all'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione, non appena il Contraente/Assicurato stesso invierà la documentazione sanitaria e di spesa a Mapfre.

5. SPESE PRECEDENTI AL RICOVERO O ALL'INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Mapfre non provvede al pagamento diretto delle spese sostenute prima del ricovero

o dell'intervento chirurgico ambulatoriale previste all'art. 3.2 delle Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente/Assicurato dovrà provvedere personalmente al loro pagamento ed inviare a Mapfre la documentazione di spesa.

Ricevuta detta documentazione, compresa anche quella del ricovero o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, Mapfre provvederà a rimborsare le spese sostenute al 100%, se l'Assicurato ha fruito di strutture e medici convenzionati con Mapfre (fatti salvi le franchigie, gli scoperti ed i limiti di rimborso contrattualmente previsti); nei limiti stabiliti all'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione negli altri casi.

6. SPESE SUCCESSIVE AL RICOVERO O ALL'INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Per le spese sostenute dopo il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale previste all'art. 3.2 delle Condizioni di Assicurazione:

- qualora l'Assicurato fruisca, tramite Mapfre, di strutture e medici chirurghi con essa convenzionati, non sosterrà alcuna spesa per le prestazioni garantite in polizza. Mapfre 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 chirurghi non convenzionati con Mapfre, dovrà provvedere al loro pagamento ed inviare a Mapfre la documentazione di spesa.
Ricevuta detta documentazione, compresa quella, eventualmente non già acquisita, del ricovero o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, Mapfre provvederà a rimborsare le spese sostenute nei limiti stabiliti all'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione;
- qualora l'Assicurato fruisca del Servizio Sanitario Nazionale, Mapfre provvederà al rimborso del 100% dei tickets eventualmente rimasti a carico del Contraente/Assicurato stesso.

7. RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE ALL'ESTERO

In caso di ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale all'estero, qualora l'Assicurato non fruisca di strutture sanitarie e di medici chirurghi convenzionati con Mapfre, dovrà provvedere al pagamento delle relative spese ed inviare a Mapfre la documentazione sanitaria e di spesa.

Tali spese verranno rimborsate nei limiti stabiliti all'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione anche se nel Paese dove è avvenuto il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale non esistono strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con Mapfre (salvo quanto previsto all'art. 3.4 – Ricoveri all'estero, in caso di malattia improvvisa o infortunio).

8. INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Mapfre, ricevuta copia della cartella clinica completa rilasciata dall'Istituto di cura, provvederà al pagamento della indennità sostitutiva prevista dalla polizza per il caso di prestazioni sanitarie a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente (art.

3.2, a – Indennità sostitutiva del rimborso).

In caso di ricovero non in Day hospital, per il pagamento si tiene conto del numero dei pernottamenti.

9. ASSISTENZA DIAGNOSTICA (SE PREVISTA DA EVENTUALE CONDIZIONE PARTICOLARE)

• PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E FISIOCINESITERAPIA

In caso di utilizzo di un poliambulatorio diagnostico convenzionato con Mapfre, quest'ultima provvederà a pagare direttamente l'80% delle spese sostenute, restando a carico del Contraente/Assicurato il rimanente 20%, col minimo di Euro 100,00, per ogni serie di accertamenti diagnostici previsti da un'unica prescrizione medica e per ogni ciclo di fisiochinesiterapia.

Qualora l'Assicurato utilizzi un poliambulatorio diagnostico non convenzionato né con il Servizio Sanitario Nazionale, né con Mapfre, quest'ultima provvederà, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, a rimborsare le spese sostenute negli stessi termini di cui al paragrafo precedente.

In caso di utilizzo di un poliambulatorio diagnostico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale verranno rimborsati al 100% gli eventuali tickets rimasti a carico del Contraente Assicurato.

• PER VISITE SPECIALISTICHE (se prevista da eventuale condizione particolare)

Qualora la visita specialistica sia stata effettuata presso un poliambulatorio diagnostico convenzionato con Mapfre, quest'ultima provvederà a pagare l'80% delle spese sostenute, restando a carico del Contraente/Assicurato il rimanente 20% col minimo di Euro 100,00 per ogni visita specialistica.

Qualora l'Assicurato non utilizzi un poliambulatorio diagnostico convenzionato con Mapfre, quest'ultima provvederà, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, a rimborsare le spese sostenute negli stessi termini di cui al paragrafo precedente.

In caso di utilizzo di un poliambulatorio diagnostico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, verranno rimborsati al 100% gli eventuali tickets rimasti a carico del Contraente Assicurato.

10. ALTRI CASI

Per gli eventuali casi non previsti dai punti che precedono, Mapfre rimborserà le spese nei termini previsti dalla polizza "Rimborso Spese Sanitarie Elite", dopo aver ricevuto la documentazione sanitaria e di spesa.

Restano confermate le Condizioni di Assicurazione che, per nessun caso, si intendono modificate dalle presenti Norme Operative.

11. LIQUIDAZIONE DEL RIMBORSO

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

Sezione Assistenza

Opzione Base

(Valida se richiamata sul simple di polizza PB.027.881)

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI

- **UN MEDICO A CASA**

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una visita medica urgente al proprio domicilio e qualora gli stessi medici di guardia della Struttura Organizzativa lo valutino necessario, la Compagnia invia, all'indirizzo dell'Assicurato in Italia un medico. Il relativo costo resta a carico della Compagnia nei seguenti casi:

- Nei giorni feriali: dalle ore 20.00 alle ore 08.00
- Nei giorni di sabato e prefestivi: dalle ore 14.00 alle ore 24.00
- Nei giorni festivi: 24 ore su 24 ore

In tutti gli altri casi il costo della prestazione resta a carico dell'Assicurato.

Qualora nessuno dei medici della Rete Esterna fosse immediatamente disponibile e sempre che l'intervento del medico sia urgente, la Compagnia potrà organizzare, in alternativa e in accordo con l'Assicurato il suo trasferimento in un Istituto di Cura mediante autovettura o autoambulanza.

- **AMBULANZA PER IL TRASPORTO IN ISTITUTO DI CURA IN ITALIA**

Qualora l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza per un ricovero urgente, dal proprio domicilio all'Istituto di Cura più vicino, Mapfre provvede, su richiesta dell'Assicurato alla Centrale Operativa, ad inviare l'autoambulanza tenendo i costi a suo carico, **fino ad un massimo di Euro 200,00 per evento.**

- **RECAPITO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO**

Qualora, nel corso di un viaggio all'estero, una specialità medicinale regolarmente registrata in Italia e prescritta all'Assicurato dal medico curante sia introvabile sul posto, la Struttura Operativa provvede, a proprie spese, a far pervenire quanto necessario, con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali.

La Compagnia tiene a proprio carico le spese relative al reperimento ed al recapito dei medicinali, mentre **il costo degli stessi rimane a totale carico dell'Assicurato**, il quale provvederà, al suo rientro in Italia, a restituire l'importo alla Compagnia.

La prestazione non è operante:

- se sono reperibili in loco specialità equivalenti;
- se le specialità richieste non sono registrate in Italia.

- **UN FAMILIARE ACCANTO**

Quando l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di Cura a seguito di malattia o infortunio occorsi durante un viaggio e i medici ritengono che non sia trasferibile al suo domicilio **entro 5 giorni dalla data di ricovero**, la Struttura Organizzativa organizza e tiene a proprio carico

il viaggio di andata e ritorno (treno 1a classe o aereo classe economica) del familiare, per consentirgli di recarsi presso l'Assicurato ricoverato in Istituto di cura.

Non sono previste in ogni caso le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare.

- **RIENTRO SANITARIO**

Quando l'Assicurato, colpito durante un viaggio da infortunio o malattia, necessita di essere trasferito al proprio domicilio o ad un Istituto di Cura della sua regione attrezzato per la specifica patologia, la Compagnia, sulla base di valutazioni cliniche e previo accordo tra il medico della Struttura Organizzativa e il medico curante dell'Assicurato, organizza il suo trasferimento, utilizzando il mezzo di trasporto più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario appositamente equipaggiato;
- aereo di linea (eventualmente barellato);
- autoambulanza;
- treno.

La Compagnia tiene a proprio carico il costo del trasporto del paziente, incluse le spese di un medico e/o di un infermiere che accompagnino il paziente stesso.

Il trasporto da paesi extraeuropei viene effettuato esclusivamente su aereo di linea, eventualmente barellato.

In caso di decesso dell'Assicurato, la Compagnia organizza il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo complessivo di Euro 2.600,00**.

Tale massimale si intende per evento e si applica anche se, nell'evento, siano coinvolti più Assicurati.

Sono comunque escluse le spese relative alla cerimonia funebre.

- **RIENTRO DEL CONVALESCENTE**

Quando l'Assicurato convalescente, dopo un ricovero presso un Istituto di cura avvenuto per malattia o infortunio occorsi durante un viaggio, non è in grado di rientrare al proprio domicilio con il mezzo inizialmente previsto (e sempreché non abbia già fruito della prestazione "Rientro Sanitario" fino al proprio domicilio), la Struttura Organizzativa organizza il rientro del convalescente sino al suo domicilio, con treno (1a classe o vagone letto) o aereo, tenendo a proprio carico la relativa spesa.

- **TRASFERIMENTO IN UN CENTRO OSPEDALIERO SPECIALIZZATO**

Quando l'Assicurato, a seguito di malattie o infortuni gravi, necessita di essere trasferito presso un Istituto di Cura specializzato per essere ricoverato, la Compagnia – sulla base di valutazioni cliniche dei propri medici e del medico curante, i quali ritengano che altri istituti di cura siano particolarmente idonei alla cura della malattia o dell'infortunio grave – organizza e tiene a proprio carico **entro il limite complessivo di Euro 26.000,00** e seguenti prestazioni:

- individuazione dell'Istituto di cura specializzato;
- organizzazione dei contatti medici;
- prenotazione dell'Istituto di cura;
- organizzazione del trasferimento con l'eventuale accompagnamento di personale medico e paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo:

- aereo sanitario appositamente equipaggiato;
- aereo di linea (eventualmente barellato);
- autoambulanza;
- treno;
- organizzazione dei contatti tra i medici e la famiglia nel corso del ricovero.

• **UN ACCOMPAGNATORE E/O UN MEZZO DI TRASPORTO**

Qualora l'Assicurato, nei trenta giorni successivi alle dimissioni da un Istituto di Cura in cui sia stato ricoverato a seguito di malattia o infortunio, necessiti di un accompagnatore e/o di un mezzo di trasporto per recarsi presso poliambulatori o istituti di cura, dove debba effettuare controlli, esami, trattamenti e cure, la Struttura Organizzativa provvede ad organizzare il servizio, tenendone i costi a proprio carico **nel limite di Euro 500,00 per anno assicurativo e per singolo Assicurato.**

• **INTERPRETE A DISPOSIZIONE**

Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero e si renda necessario un interprete per favorire il contatto e lo scambio di informazioni tra l'Assicurato stesso e i medici curanti, la Struttura Operativa provvederà a reperire tale interprete e ne sosterrà i costi, **nel limite di Euro 150,00 per anno assicurativo e per singolo Assicurato.**

• **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.

• **INFORMAZIONI SANITARIE**

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

- centri antiveleni in Italia;
- vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali;
- medici o centri specializzati in medicina tropicale e infettivologia;
- farmacie di turno;
- Ospedali con PS pediatrico;

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

• **INVIO DI UN FISIOTERAPISTA (IN ITALIA)**

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, la Compagnia rimborsa all'Assicurato l'importo di Euro 260,00 per periodo di copertura assicurativa.

Opzione Plus (Valida se richiamata sul simlo di polizza PB.027.881)

Qualora sia richiamata sul simlo di polizza l'Opzione Plus, in aggiunta a quanto indicato nelle prestazioni di assistenza dell'Opzione Base, si intende compresa la seguente prestazione:

• **SECONDA OPINIONE MEDICA**

La Compagnia, 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 terapeutamente 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. La Compagnia 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.

Condizioni valide per entrambe le opzioni “Base” e “Plus”

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

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.

Erogazione delle prestazioni

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

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, la Compagnia 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.



Le presenti Condizioni di Assicurazione sono state aggiornate in data 01/01/2019



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.

PB027881-CGA-EDZ-0119 - RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE PER CONFCOMMERCIO