

PROTEZIONE SALUTE

L'ASSICURAZIONE
PER TE E PER COLORO CHE AMI



Navale
ASSICURAZIONI DAL 1914

PROTEZIONE SALUTE

mod. PS01 Ediz. 01/2010

Navale
ASSICURAZIONI DAL 1914



NAVALE ASSICURAZIONI SPA. FONDATA NEL 1914. Capitale Sociale € 96.250.000,00 interamente versato.
SEDE LEGALE E DIREZIONE: V. della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese - MI - Italia - Tel. 02582111 - Fax 0258211710 - c.p. 1221
REA 1129621 - C.F. P.IVA 00296790389 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con RDL del 29/4/1923 n° 966
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Unipol Gruppo Finanziario SpA . www.navale.it



Nota informativa rami infortuni e malattia	5
Informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e sui suoi diritti	7
Definizioni	8
Condizioni generali	9
Limitazioni	11
Sinistri	12
Rimborso spese mediche	14
Definizioni patologie garanzia "Malattie gravi"	22
Garanzia diaria da ricovero	23
Garanzia diaria da ricovero - Condizioni speciali	24
Elenco grandi interventi chirurgici	25

Premessa

La presente nota informativa è predisposta in conformità alle disposizioni contenute nell'art. 185 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, nonché con quanto disposto dalle circolari ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 e n. 518/D del 21 novembre 2003.

Informazioni relative alla Società

Le assicurazioni di cui alla presente Nota saranno assunte da Navale Assicurazioni S.p.A., con sede in Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese - MI - Italia, impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni (art.65 del R.D.L. 29 aprile 1923, n.966), e soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., con sede in Via Stalingrado 45 40128 Bologna - Italia.

1. Informazioni generali relative al contratto

1.1 Legislazione applicabile

Ai sensi dell'art. 180 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, il Cliente e Navale Assicurazioni S.p.A. potranno convenire di assoggettare il contratto a una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano. Navale Assicurazioni S.p.A. propone di applicare al contratto che verrà stipulato la legge italiana.

1.2 Reclami in merito al contratto

Eventuali reclami in merito al contratto o alla gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto direttamente a:

NAVALE ASSICURAZIONI S.p.A.

Reclami e Assistenza Clienti

Via della Unione Europea 3/B

20097 San Donato Milanese (MI)

Fax n° 02.58211714 - e-mail: reclami@navaleassicurazioni.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni potrà rivolgersi all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo:

ISVAP

Servizio Tutela degli Utenti

Via del Quirinale, 21 00187 Roma

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato da Navale Assicurazioni S.p.A.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Nel caso in cui il Cliente e Navale Assicurazioni S.p.A. concordino di applicare al contratto la legislazione di un altro Stato, l'Organo incaricato di esaminare i reclami del Cliente sarà quello previsto dalla legislazione prescelta ed in tal caso l'ISVAP si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente ed il Cliente stesso.

2. Informazioni relative ai sinistri

In caso di sinistro il fatto deve essere denunciato prontamente a Navale Assicurazioni S.p.A. indicando con precisione il luogo, il giorno, l'ora dell'evento e le cause che lo hanno determinato, allegando alla denuncia tutti gli elementi utili alla rapida definizione delle responsabilità e per la quantificazione dei danni, così come previsto dall'articolo specifico contenuto nelle Condizioni Generali di Assicurazione.

3. Prescrizione

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Per le assicurazioni di responsabilità civile il termine decorre dal giorno in cui il danneggiato ha richiesto il risarcimento del danno all'Assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

Il decorrere del termine di prescrizione può essere interrotto mediante richiesta a mezzo raccomandata o mediante notifica di atto giudiziario.

INFORMAZIONI SPECIFICHE RELATIVE AL CONTRATTO

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della garanzia e non hanno natura di pattuizioni contrattuali. Per le condizioni di contratto, si rinvia al testo delle condizioni generali di assicurazione contenute in polizza.

Durata del contratto

Il contratto prevede il tacito rinnovo, per cui in mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra parte a mezzo raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto.

Periodi di carenza contrattuale

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni ;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie ;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 90° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per la garanzia "Malattie gravi";

- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e le malattie da puerperio;
- del 1° giorno del terzo anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie di cui all'art. A.3 "Interventi chirurgici/Patologie particolari", fermo quanto previsto al medesimo articolo.
- del 1° giorno del sesto anno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le infezioni da HIV.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione - senza soluzione di continuità - di altra riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, gli anzidetti termini operano:

- dal giorno di effetto dell'assicurazione di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e per i massimali risultanti da quest'ultima;
- dal giorno di effetto dell'assicurazione di cui al presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

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

Nel caso di sostituzione di polizza che non preveda quanto disposto all'art. 3 "Interventi chirurgici/Patologie particolari", rimane integralmente valido il contenuto dello stesso.

Dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato in ordine alle circostanze del rischio.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo, con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti di indennizzo, gli obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro, il recesso delle parti.

Raccomandiamo di leggere attentamente il contratto prima di firmarlo.

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,
per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti(1) ci fornite; tra questi ci sono anche dati di natura sensibile(2) (idonei, in particolare, a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge(3). In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori (relativi a Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti(4); ove necessario potranno essere utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo(5) e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa(6).

Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potremo trattarli soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa(7).

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolari del trattamento dei Suoi dati sono Navale Assicurazioni S.p.A. (www.navale.it) con sede in Via della Unione Europea 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI), UGF Assicurazioni S.p.A. (www.ugfassicurazioni.it) ed Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipolgf.it) entrambe con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna.

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili potrà consultare il sito www.navale.it o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati presso UGF Assicurazioni S.p.A. al recapito sopra indicato - e-mail: privacy@ugfassicurazioni.it.

NOTE

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio, in materia di accertamenti fiscali, ecc.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tarifarie.
- 5) Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. ed UGF Assicurazioni S.p.A., cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto delle altre società del Gruppo Unipol.
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; medici, periti, legali; società di servizi per il quietanzamento; clinica convenzionata da Lei scelta; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

DEFINIZIONI

Accertamento diagnostico	Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
Assicurato	Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.
Struttura Organizzativa (Garanzia Assistenza)	È la struttura di IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A. - piazza I. Montanelli, 20 - 20099 Sesto San Giovanni, (MI) - costituita da: medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con l'impresa provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico dell'Impresa stessa, le prestazioni previste in polizza.
Centrale Salute	La struttura di Unisalute S.p.A. Via Del Gomito, 1 - 40127 - Bologna, costituita da medici e operatori che è in funzione dal lunedì al venerdì esclusi i festivi dalle ore 8,30 alle ore 19,30, che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con l'Impresa, provvede, per incarico di quest'ultima, alla gestione dei sinistri Malattia sia attraverso la modalità del pagamento diretto presso le Strutture Sanitarie Convenzionate che a rimborso.
Contraente	Il soggetto che stipula la polizza.
Day-hospital	Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.
Difetto fisico	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
Franchigia	La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.
Impresa	L'Impresa Navale Assicurazioni S.p.A. con sede in Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese - MI - Italia
Indennità sostitutiva	Importo giornaliero erogato dall'Impresa in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.
Indennizzo	La somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Intervento chirurgico	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.
Istituto di Cura	Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia	Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.
Malattia Grave	Patologia compresa nell'elenco contenuto nell'art. 7 "Malattie gravi"
Malformazione	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente all'Impresa.
Ricovero	La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.
Retta di degenza	Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.
Struttura sanitaria convenzionata	Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società Unisalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Art. A.1
Effetto dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento. I premi devono essere pagati all'Impresa.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

Art. A.2
Persone non assicurabili

Sono definite "persone non assicurabili" coloro le quali abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:

- Tumori maligni insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza;
- Malattie degenerative del sistema nervoso (es.. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza;
- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- Sieropositività all'HIV;
- Invaldità civile riconosciuta superiore al 60%

e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi qualora sia stata stipulata in presenza di una delle malattie sopraindicate.

Art. A.3
**Interventi chirurgici/
patologie particolari**

Le seguenti patologie verranno considerate in garanzia anche se in essere all'atto della sottoscrizione della polizza:

- Miopia
- Cataratta;
- Varici;
- Emorroidi;
- Ricostruzione capsulo-legamentosa delle articolazioni (ad es. menisco, legamenti crociati), ecc.;
- Meniscectomia
- Calcolosi renale ed epatica;
- Diabete;
- Insufficienza renale;
- Malattia a carico della tiroide;
- Ipertrofia prostatica;
- Ernie: tutti i tipi.

Per esse verranno tuttavia osservate le seguenti modalità risarcitorie:

- Indennizzabilità nei due anni dalla sottoscrizione del contratto con riconoscimento di un importo forfetario di € 400,00 per ogni intervento chirurgico/patologia, a meno che l'Assicurato non dimostri, dietro presentazione di cartella clinica, che l'alterazione sia già stata affrontata chirurgicamente nella medesima sede e/o nel medesimo organo, nel qual caso le spese verranno liquidate secondo le disposizioni dell'art. 1 "Oggetto dell'assicurazione"; qualora il ricovero avvenga in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate con ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale, verrà corrisposta l'indennità sostitutiva prevista all'art. 3.10 "Indennità sostitutiva" per un massimo di 3 giorni.
L'Assicurato potrà in ogni caso avvalersi delle strutture sanitarie convenzionate con relativa applicazione delle tariffe concordate mantenendo le spese a proprio carico.
- Oltre tale termine temporale, le patologie rientreranno a pieno titolo nelle garanzie di polizza, sia nella forma di assistenza diretta sia nella forma rimborsuale.

Art. A.4
Termini di aspettativa

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni ;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 90° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per la garanzia "Malattie gravi";
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e le malattie da puerperio;
- del 1° giorno del terzo anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie di cui all'art. A.3 "Interventi chirurgici/Patologie particolari", fermo quanto previsto al medesimo articolo.

CONDIZIONI GENERALI

- del 1° giorno del sesto anno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le infezioni da HIV.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione - senza soluzione di continuità - di altra riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, gli anzidetti termini operano:

- dal giorno di effetto dell'assicurazione di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e per i massimali risultanti da quest'ultima;
- dal giorno di effetto dell'assicurazione di cui al presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

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

Nel caso di sostituzione di polizza che non preveda la copertura dei rischi di cui all'art. A.3 "Interventi chirurgici/Patologie particolari", rimane integralmente valido il contenuto dello stesso.

Art. A.5 Tacita proroga/disdetta dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata, almeno trenta giorni prima della scadenza del contratto. Entro il termine utile per l'invio della disdetta, l'Impresa potrà proporre modifiche delle condizioni di polizza e/o dell'ammontare dei premi.

Art. A.6 Requisiti di assicurabilità

La presente copertura assicurativa è prestata sulla base della dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetto da alcuna delle patologie comportanti la non assicurabilità del soggetto elencate all'art. A.2 "Persone non assicurabili"; la suddetta dichiarazione forma parte integrante del contratto.

Pertanto, qualora l'Impresa riscontri elementi di difformità rispetto a quanto dichiarato, verrà applicato quanto previsto dagli artt. 1892 e 1893 c.c..

Art. A.7 Aggravamento del rischio

Il Contraente deve comunicare all'Impresa eventuali aggravamenti del rischio, ivi comprese le variazioni relative alla professione e al luogo di residenza delle persone assicurate, ai sensi dell'art. 1898 c.c..

Art. A.8 Modifica delle condizioni di assicurazione

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

Art. A.9 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

Art. A.10 Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dal dichiarare all'Impresa l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro

Art. A.11 Foro competente

A scelta della parte attrice, il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Impresa.

Art. A.12 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. B.1
Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo secondo le modalità sottoindicate.

Nel caso di permanenza dell'Assicurato all'estero per motivi di lavoro, di studio o di turismo, la garanzia è operante per spese sanitarie sostenute per assistenza medica d'urgenza conseguente a malattia o a infortunio. L'urgenza deve essere certificata dalla struttura sanitaria che fornisce le prestazioni.

Le prestazioni senza carattere d'urgenza erogate all'estero verranno rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia solamente in seguito ad autorizzazione preventiva della Centrale Salute, che sarà concessa nel caso in cui le terapie mediche e/o chirurgiche di cui l'Assicurato necessita non possano essere ottenute in Italia per la particolare tecnica medica o, pur potendo essere ottenute in Italia, in tempi che ne compromettano l'efficacia terapeutica.

Qualora l'Assicurato, senza la preventiva autorizzazione, si sottoponga a prestazioni sanitarie all'estero, il rimborso verrà effettuato con l'applicazione delle franchigie e/o degli scoperti previsti per le strutture sanitarie non convenzionate.

Art. B.2
Esclusioni dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

- 1) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, in particolare artroprotesi e sostituzione di impianti protesici, ad eccezione di quanto previsto all'art. A.3 "Interventi chirurgici/Patologie particolari";
- 2) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 3) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni ;
- 4) gli infortuni derivanti dalla pratica di sports aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- 5) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- 6) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
- 7) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 8) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio ;
- 9) i ricoveri per aborti non terapeutici e per malattie dipendenti da gravidanza, qualora la gravidanza abbia avuto inizio in un momento precedente a quello di effetto dell'assicurazione;
- 10) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie nonché, quando non siano rese necessarie da infortunio, le cure dentarie;
- 11) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza ad eccezione di quanto previsto all'art. 7 "Malattie gravi".
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- 12) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Art. B.3
Limiti di età

L'assicurazione può essere stipulata da persone che, al momento della stipulazione del contratto, non abbiano superato il 65° anno di età e può essere mantenuta fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dell'Assicurato.

Nel caso di pluralità di Assicurati, la cessazione ha effetto soltanto relativamente al rapporto del soggetto assicurato che abbia superato il 75° anno di età.

Relativamente alla sola garanzia "Malattie gravi", l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale successiva al compimento del 65° anno di età.

Art. C.1 Denuncia del sinistro

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente alla richiesta di prestazioni contattare la Centrale Salute di Unisalute al numero verde gratuito 800.016.667 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +39 051.63.89.046) e specificare la prestazione richiesta.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Salute, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti "Sinistri in strutture convenzionate", "Sinistri in strutture non convenzionate" o "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata senza avere preventivamente contattato la Centrale Salute e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti "Sinistri in strutture non convenzionate" e "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate".

.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/ o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'Impegno, documento che ribadisce gli obblighi reciproci tra Struttura Sanitaria Convenzionata ed Assicurato in relazione alle condizioni d'Assicurazione e di prestazioni mediche di servizio, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Centrale Salute provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, la Centrale Salute provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate con le modalità previste al punto "Sinistri in strutture convenzionate" e "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate" e rimborsando le spese sostenute dall'Assicurato per le prestazioni del personale medico non convenzionato con le modalità previste al punto "Sinistri in strutture non convenzionate" e "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate".

.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Centrale Salute la documentazione necessaria:

modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Centrale Salute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Centrale Salute della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti "Sinistri in strutture convenzionate" o "Sinistri in strutture non convenzionate".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

.4 SINISTRI RELATIVI ALLA GARANZIA "MALATTIE GRAVI"

Nel caso di sinistro relativo alla garanzia "Malattie gravi", l'Assicurato o gli aventi diritto debbono darne avviso scritto alla Centrale Salute entro 30 giorni dalla data della diagnosi della patologia o dalla data dell'intervento chirurgico per la voce "Malattie cardiovascolari

- Chirurgia cardiovascolare”.

La denuncia dovrà essere corredata della documentazione medica attestante la patologia. La Centrale Salute si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica e/o di effettuare eventuali controlli medici che ritenga necessari.

La somma garantita viene corrisposta dopo 60 giorni dalla data di denuncia della patologia nel caso di sopravvivenza dell'Assicurato.

Art. C.2
Controversie

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

La parte che intende adire il Collegio Arbitrale deve darne comunicazione all'altra a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento con indicazioni delle questioni da sottoporre al Collegio, il nome del membro di propria fiducia e l'invito a nominare il proprio medico di fiducia nel termine di trenta giorni dalla ricezione della raccomandata. Il terzo medico membro del Collegio verrà nominato di comune accordo tra i due medici già nominati dalle parti o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine del luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio medico sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo o errore.

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

Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

RIMBORSO SPESE MEDICHE

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione rimborso spese mediche

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- prestazioni di prevenzione;
- servizi di consulenza e di assistenza;
- garanzia facoltativa "malattie gravi".;

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate
- c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

Art. 2 Persone assicurate

L'assicurazione può essere attivata per il Contraente, il coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli, tutti se risultanti dallo stato di famiglia.

Il Contraente può includere nella copertura il solo coniuge o convivente "more uxorio" e non obbligatoriamente anche i figli oppure soltanto i figli; qualora vengano inseriti i figli dovranno comunque essere inclusi tutti quelli risultanti dallo stato di famiglia.

Art. 3 Ricovero

.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO

L'Impresa provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- a) Pre-ricovero
Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
- b) Intervento chirurgico
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
- c) Assistenza medica, medicinali, cure
Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
- d) Rette di degenza
Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, la garanzia è prestata con il limite di €150,00 al giorno.
- e) Accompagnatore
Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.
Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, la garanzia è prestata nel limite di €55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
- f) Assistenza infermieristica privata individuale
Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
- g) Post-ricovero
Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

.2 TRASPORTO SANITARIO

L'Impresa rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato - in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario - all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di ritorno alla propria abitazione con il massimo di € 1.000,00 per ricovero.

.3 DAY HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di day-hospital, l'Impresa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, l'Impresa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

.5 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, l'Impresa liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

.6 INTERVENTI SPECIFICI

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate, per i seguenti interventi chirurgici:

- adenoidectomia
- appendicectomia
- colecistectomia a freddo per via laparotomica
- chirurgia della cataratta
- emorroidectomia
- ernioplastica inguinale
- meniscectomia
- tonsillectomia
- trattamento chirurgico delle varici degli arti inferiori

L'Impresa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" con il massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo per ciascun intervento fermo quanto previsto all'art. A.3 "Interventi chirurgici/ Patologie particolari" delle Condizioni Generali; nell'ambito di questo massimale non sono operanti le limitazioni previste alle singole garanzie.

.7 PARTO E ABORTO**.1 PARTO CESAREO**

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata. L'Impresa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; g) "Post-ricovero", e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata. L'Impresa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei

limiti previsti all'art. 3.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio", lettera g) "Post-ricovero", e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 3.100,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

.8 NEONATI

I neonati sono assicurati dal momento della nascita per le identiche garanzie e somme previste per la madre sempreché il parto sia indennizzabile ai termini di polizza ed essi vengano inclusi in garanzia mediante pagamento del relativo premio entro 30 giorni dalla nascita. Per i neonati sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e di difetti fisici.

.9 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) **Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate.**

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate alle strutture sanitarie convenzionate senza alcun limite all'infuori del massimale assicurato, ad eccezione delle seguenti:

art. 3.1 "Ricovero in istituto di cura":

- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

art. 3.2 "Trasporto sanitario",

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

b) **Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate.**

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20% ad eccezione delle seguenti:

art. 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":

- lett. d) "Retta di degenza";

- lett. e) "Accompagnatore";

- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

art. 3.2 "Trasporto sanitario";

art. 3.6 "Interventi specifici";

art. 3.7.2 "Parto non cesareo e aborto"

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) **Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista all'art. 3.10 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Centrale Salute rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l' "Indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate" o lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate".

.10 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Se l'Assicurato non richiede alcun rimborso all'Impresa, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di €110,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

.11 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni corrisponde a €250.000,00 sia nel caso di piano individuale e sia nel caso di piano comprensivo del nucleo familiare. L'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme dei sinistri verificatisi nel medesimo anno assicurativo non può superare i massimali assicurati per quello stesso anno.

.12 PROSECUZIONE DELLA GARANZIA OLTRE LA SCADENZA

Qualora il ricovero abbia inizio entro la data di scadenza del contratto, la garanzia è operante anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione stessa, sino a quando l'Assicurato venga dimesso dall'Istituto di cura.

Art. 4
Alta specializzazione

L'Impresa provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Ecografia
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €5.000,00 per nucleo familiare.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €75,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

RIMBORSO SPESE MEDICHE

Art. 5
Garanzia Accessoria
(operante
per il Contraente e per
il coniuge/convivente
“more uxorio”)

L'Impresa provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione effettuate in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Salute previa prenotazione.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno

- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione
- Glicemia
- Azotemia (urea)
- Colesterolo totale e colesterolo HDL
- Trigliceridi
- Gamma GT
- Aspartatoaminotransferasi (GOT)
- Alaninaminotransferasi (ALT)
- Ricerca del sangue occulto fecale
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione
- Glicemia
- Azotemia (urea)
- Colesterolo totale e colesterolo HDL
- Trigliceridi
- Gamma GT
- Aspartatoaminotransferasi (GOT)
- Alaninaminotransferasi (ALT)
- Ricerca del sangue occulto fecale
- PAP test

Prestazioni previste per gli uomini una volta ogni due anni a partire dal compimento dei cinquant'anni

- Radiografia del torace (in due proiezioni)
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecodoppler tronchi sovraortici

Prestazioni previste per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento dei cinquant'anni

- Radiografia del torace (in due proiezioni)
- Mammografia bilaterale
- Ecodoppler tronchi sovraortici

Art. 6
Assistenza

ASSICURAZIONE ASSISTENZA

In caso di malattia od infortunio l'Impresa, per il tramite di IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A. presta i seguenti servizi di Assistenza:

1. Consulenza medica

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

2. Invio di un medico generico al domicilio in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20, alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a spese dell'Impresa uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

3. Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarla direttamente, tenendo l'Impresa a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

4. Ricerca e prenotazione di centri diagnostici e specialistici

Qualora l'Assicurato debba sottoporsi ad intervento chirurgico o ad accertamenti diagnostici, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato od il centro diagnostico ritenuto più idoneo per il caso.

5. Trasporto sanitario

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa le condizioni dell'Assicurato, accertate, tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in un istituto di cura attrezzato, la Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, provvederà:

- ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato
 - treno, prima classe, occorrendo, il vagone letto
 - autoambulanza, senza limiti di percorso
(la Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasporto avvenga in Paesi Europei)
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Impresa sino ad un massimo di 3.000 Euro per sinistro, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa stessa. L'Impresa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;
- le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

La prestazione non è altresì dovuta qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso addivengano a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

6. Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

Qualora si provveda al trasporto sanitario dell'Assicurato, in base alle condizioni della prestazione "Trasporto sanitario" di cui al punto 5. che precede, ed i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Struttura Organizzativa organizzerà anche il viaggio di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato. L'Impresa terrà a proprio carico il relativo costo. La Impresa ha il diritto di richiedere al familiare dell'Assicurato, qualora ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, o altri documenti di viaggio non utilizzati.

7. Custodia minori

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, sia stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a due giorni e sia temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato ad accudire i figli minori di 15 anni, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una baby sitter nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo l'Impresa a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 48 ore per sinistro.

8. Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia improvvisa, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere professionale, assumendone l'Impresa l'onorario fino ad un massimo di 15 ore lavorative per sinistro.

9. Rientro anticipato

Qualora l'Assicurato, trovandosi in viaggio, debba rientrare alla propria residenza in Italia prima della data che aveva programmato, a causa di malattia improvvisa o infortunio di uno dei seguenti familiari: coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, purché anch'egli Assicurato e sempreché sia previsto un ricovero superiore a 48 ore, la Struttura Organizzativa organizzerà il viaggio in treno (prima classe) o in aereo di linea (classe economica) fino al luogo di residenza dell'Assicurato, oppure fino al luogo, in Italia, dove il familiare è ricoverato, tenendo l'Impresa a proprio carico il relativo costo.

La prestazione non è operante se l'Assicurato non può fornire alla Struttura Organizzativa adeguate informazioni sui sinistri che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato. Tali informazioni saranno documentate successivamente a richiesta della Struttura Organizzativa.

10. Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, per le cure del caso necessiti urgentemente, secondo parere medico, di specialità medicinali (sempreché commercializzate in Italia) irreperibili sul posto, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviargliele con il mezzo più rapido tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali. L'Impresa terrà a proprio carico le spese di ricerca e spedizione dei medicinali, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali stessi.

11. Anticipo spese mediche all'estero

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa l'Assicurato debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa pagherà, per conto dell'Assicurato, le fatture fino ad un importo massimo di 3.000 Euro per sinistro.

La prestazione non è operante:

- nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa;
- se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato;
- se l'Assicurato non è in grado di fornire alla Struttura Organizzativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.

Al rientro l'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni

1. Tutte le prestazioni sono fornite ad ogni Assicurato per un massimo di tre volte per tipo per ogni anno di validità della polizza.
2. La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuativa all'estero nel corso di ciascun anno di validità della polizza è di 60 giorni
3. Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:
 - a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
 - c) dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o tentato suicidio;
 - d) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed 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;
 - e) malattie nervose e mentali; malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il 6° mese e dal puerperio; malattie già conosciute dall'Assicurato (malattie preesistenti) ed insorte anteriormente alla stipulazione della polizza; malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
 - f) l'espianto e/o il trapianto di organi.

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.
4. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa polizza i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei Magistrati eventualmente investiti dell'esame del sinistro stesso.
5. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative, l'Impresa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
6. La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.
7. Ogni diritto nei confronti dell'Impresa si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 C.C..
8. Per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni della legge italiana.
9. Il diritto alle assistenze fornite dall'Impresa decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.

Istruzioni per la richiesta di assistenza

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde

800.658.658

oppure al numero di Milano

02.58.28.65.74

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. Il tipo di assistenza di cui necessita
2. Nome e Cognome
3. Numero di polizza
4. Indirizzo del luogo in cui si trova
5. Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei relativi giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Art. 7
Garanzia facoltativa
Malattie gravi

(può essere resa operante per il Contraente e per il coniuge/convivente "more uxorio")

Nel caso in cui il Contraente scelga la garanzia facoltativa e la "garanzia base" sia stata estesa al coniuge / convivente "more uxorio", la garanzia facoltativa dovrà essere prescelta anche per il coniuge/convivente "more uxorio".

Nel caso di insorgenza di una delle seguenti patologie in un momento successivo alla stipulazione del contratto l'Impresa corrisponde una somma di € 20.000,00 nel caso in cui l'Assicurato al momento dell'insorgenza della patologia sia di età non superiore a quarantanove anni, di € 10.000,00 qualora al momento dell'insorgenza della malattia sia di età compresa tra i 50 e i 54 anni, di € 5.000,00 qualora al momento dell'insorgenza della malattia sia di età compresa tra i 55 e i 65 anni.

L'indennizzo viene corrisposto una volta per ogni patologia per l'intera durata del contratto. Le definizioni delle patologie di seguito indicate sono contenute nell'elenco allegato al contratto che forma parte integrante della polizza.

1. **Malattie oncologiche**
2. **Malattie cardiovascolari**
 - a. **Chirurgia cardiovascolare**
 - b. **Infarto miocardico**
 - c. **Ictus cerebrale**
3. **Insufficienza renale**
4. **Trapianto d'organo**
5. **Perdita di due o più arti**
6. **Paralisi irreversibile di due o più arti**
7. **Sclerosi multipla**
8. **Cecità completa e irreversibile**
9. **Morbo di Alzheimer**
10. **Morbo di Parkinsons**
11. **Malattie terminali**

DEFINIZIONI PATOLOGIE GARANZIA "MALATTIE GRAVI"

Malattie oncologiche	Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla garanzia vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del II e IV stadio di Clarke. Si escludono altresì il sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS).
Malattie cardiovascolari	<ul style="list-style-type: none">a. Chirurgia cardiovascolare Cardiopatia coronarica che richiede un intervento chirurgico a cuore aperto per correggere una restrizione o una ostruzione di una o più arterie coronariche mediante by.pass coronarico.b. Infarto miocardico Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:<ul style="list-style-type: none">a. storia del dolore cardiaco tipico;b. comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;c. modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci.c. Ictus cerebrale Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie. L'infermità viene valutata dopo che siano trascorsi almeno 4 mesi dalla data di insorgenza e viene considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine e riconosciuta l'entità e la permanenza.
Insufficienza renale	Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.
Trapianto d'organo	Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. È necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato.
Perdita di due o più arti	
Paralisi irreversibile di due o più arti	Perdita della funzione di una parte del corpo in conseguenza di malattia o di un evento traumatico. Può colpire uno o più arti, unilateralmente o bilateralmente. La garanzia opera in presenza di paralisi irreversibile che colpisca almeno due arti.
Sclerosi multipla	
Cecità completa e irreversibile	
Morbo di Alzheimer	
Morbo di Parkinsons	
Malattie terminali	Si intende per malattia terminale una patologia acuta o cronica, non reversibile, che comporta un livello di deperimento organico tale da rendere impossibile il trattamento sanitario domiciliare e che di norma si conclude con esito infausto nell'arco di sei mesi. L'indennizzo per questa voce viene effettuato a condizione che la patologia denunciata non rientri in altra voce sopraelencata.

Le garanzie di cui alla presente Sezione sono prestate solo se richiamate nella scheda di Polizza e se risulta corrisposto il relativo premio.

Art. 1
Oggetto della garanzia -
Diaria da ricovero

Con la presente garanzia denominata "diaria da ricovero", l'Impresa si impegna a corrispondere all'assicurato l'indennità giornaliera convenuta ed indicata nella scheda di polizza a seguito di ricovero in centri ospedalieri in conseguenza di malattia, infortunio o parto per un periodo di 365 giorni per sinistro e per anno assicurativo.
In caso di ricovero per malattie Gravi così come definite all'art. 7 l'impresa corrisponderà una indennità giornaliera pari al doppio a quanto indicato nella scheda di polizza

Art. 2
Rischi esclusi
dalla garanzia -
Diaria da ricovero

Oltre a quanto stabilito all'art. B2 l'indennità giornaliera non viene riconosciuta per i ricoveri dovuti a conseguenze dirette e/o indirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto.
L'indennità giornaliera per il ricovero dovuto a parto cesareo viene riconosciuta per un solo evento nel periodo di validità del contratto e solo se l'assicurata non abbia già subito intervento di parto cesareo prima della stipulazione del contratto.

Art. 3
Massimale
sostitutivo in caso
di grandi
interventi chirurgici

In caso di ricovero dovuto a "Grandi interventi chirurgici", così come indicati al paragrafo "Elenco Grandi Interventi Chirurgici", l'Assicurato può scegliere in luogo dell'indennità giornaliera indicata nella scheda di polizza il rimborso delle spese sostenute durante il ricovero, comprese le rette di degenza fino alla concorrenza di 400 volte l'indennità giornaliera assicurata per un massimo per sinistro e per anno assicurativo di € 35.000.
Se parte delle spese sono state sostenute da ente pubblico o privato, il rimborso varrà per le spese rimaste a carico dell'assicurato.

Art. 4
Procedura in caso
di sinistro

Per la Garanzia Diaria e le eventuali estensioni, quando previste dal contratto stipulato, la denuncia della malattia o dell'infortunio deve essere fatta per iscritto all'agenzia alla quale è stata assegnata la polizza, o in sub ordine alla direzione dell'Impresa, entro 3 giorni dal sinistro o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità o conoscenza ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.
Unitamente alla richiesta dell'indennizzo l'Assicurato deve inviare la copia della cartella clinica completa rilasciata dall'istituto di cura.
Agli effetti del computo delle giornate di degenza si conviene che la giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.
Deve essere altresì allegata ogni altra documentazione necessaria alla definizione dell'indennizzo; in particolare:

- certificazione medica attestante l'avvenuta apposizione e l'avvenuta rimozione del gesso o del tutore immobilizzante, qualora sia operante l'indennità di ingessatura, di cui alla Condizione Speciale (punto C);
- ricevuta delle spese sostenute per il rilascio della cartella clinica, qualora sia operante l'indennità per spese di cartelle cliniche, di cui alla Condizione Speciale (punto E).

Per la garanzia "massimale sostitutivo" in caso di ricovero dovuto a "Intervento Chirurgico per malattie gravi"(art. 3), la denuncia dell'evento deve essere fatta alla Centrale Salute di Unisalute S.p.A. via Del Gomito, 1 - 40127 - Bologna, entro 3 giorni dal sinistro o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità o conoscenza ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.
Unitamente alla richiesta dell'indennizzo l'Assicurato deve inviare la copia della cartella clinica completa rilasciata dall'istituto di cura.

Art. 5
Rinvio normativo

Per tutto quanto non regolato dagli articoli della presente sezione si applica quanto previsto nelle Condizioni Generali.

GARANZIA DIARIA DA RICOVERO - CONDIZIONI SPECIALI

(Valide solo se richiamate nella scheda di polizza)

Fermo restando le disposizioni contenute negli articoli da 1 a 3 della garanzia "diaria da ricovero, sono previste le seguenti estensioni di garanzia

A) Convalescenza

Successivamente ad un ricovero in un istituto di cura a seguito di malattia /o infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, l'impresa corrisponde una indennità di convalescenza, anche se la stessa non è stata prescritta dall'istituto di cura, a decorrere dal giorno successivo a quello della dimissione dall'istituto di cura, per un periodo pari a quello del ricovero stesso e con un massimo di 100 giorni per ciascuna persona per sinistro e per anno assicurativo.

La presente indennità non viene riconosciuta nei casi di parto naturale, di malattie dipendenti da gravidanza e nei casi di convalescenza successiva al ricovero avvenuto in regime di degenza diurna (day hospital).

L'indennità giornaliera di convalescenza sarà pari a quella assicurata per il ricovero.

B) Day hospital

In caso di ricovero in istituto di cura in regime di degenza diurna (day hospital), reso necessario da malattia e/o infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, l'impresa corrisponde una indennità, per ogni giorno di degenza, per un importo pari al 50% della somma giornaliera assicurata per la diaria da ricovero; l'indennità convenuta viene corrisposta per un periodo massimo di 90 giorni per ogni ricovero ed in ogni caso per un massimo di 180 giorni per anno assicurativo.

C) Gessatura

Qualora, in conseguenza di malattia e/o infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, l'assicurato sia portatore di gessatura, l'Impresa corrisponde una indennità giornaliera per il periodo trascorso in assenza di ricovero, fino alla rimozione della gessatura e per un periodo massimo di 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

L'indennità giornaliera di ingessatura sarà pari alla metà di quella assicurata per ricovero.

La presente indennità non si cumula con l'indennità di convalescenza disciplinata al precedente punto A garanzia convalescenza.

Per ingessatura s'intende l'immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile soltanto mediante demolizione ivi compresi osteosintesi e fissatori esterni (escluse quindi le fasciature funzionali, collari, tutori e simili), applicati a titolo curativo.

D) Raddoppio indennità per degenza prolungata

In caso di ricovero, di durata superiore a 30 giorni consecutivi, a partire dal 31° giorno successivo a quello del ricovero l'Impresa corrisponderà all'Assicurato il doppio dell'indennità giornaliera convenuta.

La presente indennità non viene riconosciuta qualora il ricovero sia avvenuto in regime di day hospital.

E) Rimborso spese per rilascio cartelle cliniche

In caso di spese sostenute dall'Assicurato per le cartelle cliniche da presentare in base all'art. 4 l'Impresa corrisponde una indennità pari all'importo versato all'istituto di cura per il rilascio della cartella clinica

**Cranio
e sistema nervoso
centrale e periferico**

- Craniotomia per lesioni traumatiche intercerebrali.
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Cranioplastiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta od indiretta.
- Operazione per encefalo meningocele.
- Lobotomia ed altri interventi di psicotomia.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningeo-dollari.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Emisferectomia.
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici.
- Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale.
- Vagotomia per via toracica.

Faccia e bocca

- Plastica per paralisi del nervo facciale.
- Correzione naso a sella.
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi.
- Parotidectomia con conservazione del facciale.
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne.
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo.
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare.
- Demolizione dell'osso frontale.
- Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne.
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Resezione del mascellare superiore.
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Fratture del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare. Trattamento chirurgico ed ortopedico.

**Collo
Esofago**

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Interventi per diverticolo dell'esofago.
- Resezione dell'esofago cervicale.
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo.
- Collocazione di protesi endoesofagea per via toracolaparatomica.
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico.
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne, per tumori, resezioni parziali base, alte e totali.

Torace

- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria intema e del cavo ascellare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumectomia.
- Decorticazione polmonare.
- Pleuro pneumectomia.
- Toracectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole bronchiali cutanee.
- Asportazione del timo.
- Toracoplastica totale.

Chirurgia cardiaca

- Pericardiectomia.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei del cuore.
- Interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici.
- Commisurotomia.
- Operazioni per embolia dell'arteria polmonare.
- Valvuloplastica della mitrale o dell'aorta.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- Sostituzione valvolare con protesi.
 - Infartectomia in fase acuta.
 - Resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
 - By-pass aorto-coronarico con vena.
 - By-pass aorto-coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
 - Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg, singolo e doppio.
 - Impianto di pace-maker epicardio per via toraco-tomica o frenico-pericardica.
 - Asportazione dei tumori endocavitari del cuore.
 - Trapianto del cuore.
- Stomaco e duodeno**
- Resezione gastrica.
 - Gastrectomia totale.
 - Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
 - Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.
 - Cardiomiectomia extramucosa.
- Peritoneo e intestino**
- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali.
 - Idem con lesioni dell'intestino-resezione intestinale.
 - Occlusione intestinale di varia natura-resezione intestinale.
 - Resezione del tenue.
 - Resezione ileo-cecale.
 - Colectomia segmentaria.
 - Colectomia totale.
- Retto e ano**
- Amputazione del retto per via sacrale.
 - Amputazione del retto per via addomino perineale.
- Fegato e vie biliari**
- Epatotomia semplice per cisti da echinococco.
 - Resezione epatica.
 - Epatico e coledocotomia.
 - Papillotomia per via trans-duodenale.
 - Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
 - Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto gastrostomia, colecisto enterostomia).
 - Trapianto del fegato.
- Pancreas e milza**
- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
 - Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas:
 - enucleazione delle cisti;
 - marsupializzazione.
 - Interventi per fistole pancreatiche.
 - Interventi demolitivi del pancreas:
 - totale o della testa;
 - della coda.
 - Splenectomia.
 - Anastomosi porta-cava e spleno-renale.
 - Anastomosi mesenterica-cava
 - Trapianto del pancreas.
- Vasi**
- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavia, tronco-brachio-cefalico, iliache.
 - Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extra-cranica o succlavia o arteria anonima.
 - Disostruzione by-Pass aorta addominale.
 - Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca.
 - Resezione arteriosa con plastica vasale.
 - Operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale.
- Pediatria**
- Idrocefalo ipersecretivo.
 - Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumectomia).
 - Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
 - Atresia dell'esofago.
 - Fistola dell'esofago.
 - Atresia dell'ano semplice - abbassamento addomino perineale.
 - Eteratoma sacrococcigeo.
 - Megauretere:
 - resezione con reimpianto;
 - resezione con sostituzione di ansa intestinale.

- Nefrectomia per tumore di Wilms.
 - Megacolon-operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
 - Fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Ortopedia e traumatologia**
- Disarticolazione interscapolo toracica.
 - Emipelvectomy.
 - Artroprotesi di anca.
 - Protesi di femore.
 - Artroprotesi di ginocchio.
 - Artroprotesi di gomito.
 - Protesi di Thompson.
 - Protesi di spalla e gomito.
 - Protesi di polso.
 - Protesi di ginocchio.
 - Vertebrotonomia.
- Urologia**
- Intervento per fistola vescico-rettale.
 - Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia.
 - Ileocisto plastica - colecisto plastica.
 - Cistectomia totale.
 - Intervento per fistola vescica-intestinale.
 - Intervento per estrofia della vescica.
 - Nefrectomia allargata per tumore.
 - Nefroureterectomia totale.
 - Trapianto del rene.
- Apparato genitale**
- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.
 - Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.
 - Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma).
 - Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico.
 - Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale.
 - Cura chirurgica di fistola ureterale.
 - Cura chirurgica di fistola retto-vaginale.
 - Metroplastica.
 - Pannisterectomia radicale per via addominale.
 - Pannisterectomia radicale per via vaginale.
 - Eviscerazione pelvica.
 - Vulvectomy totale.
- Oculistica**
- Iridocicloretrazione.
 - Trabeculectomia.
 - Trapianto della cornea.
- Otorinolaringoiatria**
- Chirurgia della sordità otosclerotica.
 - Timpanoplastica.
 - Chirurgia endoauricolare della vertigine.
 - Chirurgia translabyrinthica della vertigine.
 - Decompressione del nervo facciale.
 - Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia.
 - Resezione del nervo petroso superficiale.
- Laringe**
- Laringectomia orizzontale sopraglottica.
 - Laringectomia parziale verticale.
 - Laringectomia totale.
 - Faringolaringectomia.

